



LAPORAN AKHIR

EVALUASI PELAYANAN KELUARGA BERENCANA BAGI MASYARAKAT MISKIN (KELUARGA PRASEJAHTERA/KPS DAN KELUARGA SEJAHTERA-I/KS-I

**DIREKTORAT KEPENDUDUKAN,
PEMBERDAYAAN PEREMPUAN, DAN PERLINDUNGAN ANAK
KEDEPUTIAN SUMBER DAYA MANUSIA DAN KEBUDAYAAN
BAPPENAS
TAHUN 2010**

ABSTRAK

Evaluasi Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin (Keluarga Prasejahtera/KPS dan Keluarga Sejahtera-I/KS-I)

Oleh

**Direktorat Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak
Bappenas**

Kegiatan pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin (KPS dan KS-I) merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan angka kesertaan ber-KB bagi masyarakat miskin. Sulitnya menurunkan TFR dan unmet need pada kelompok ini mengindikasikan bahwa kegiatan tersebut belum berjalan efektif dan belum memberikan manfaat yang maksimal. Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana perencanaan kebijakan dan pelaksanaan kegiatan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I telah dilaksanakan oleh pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah selama periode RPJMN 2004-2009. Analisis dilakukan secara deskriptif kualitatif, yaitu melalui desk review dan studi literatur mengenai sasaran, arah kebijakan, program/kegiatan, dan capaian program KB di tingkat nasional. Analisis dilengkapi dengan hasil workshop dan pengisian instrumen evaluasi di 3 provinsi terpilih, yaitu Sumatera Utara, Sulawesi Tengah, dan D.I. Yogyakarta. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa target peserta KB aktif miskin dan peserta KB baru miskin di dalam RKP 2005-2009 telah tercapai dan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I telah terintegrasi di dalam Jamkesmas/Jamkesda ataupun jaminan kesehatan lainnya di daerah. Pemberian layanan KB bagi KPS dan KS-I melibatkan BKKBN dari sisi demand creation, dan dinas kesehatan untuk pelayanan medis pemasangan alokon. Pelayanan KB gratis telah dirasakan manfaatnya oleh KPS dan KS-I namun pelayanan KB tersebut dirasakan belum cukup efektif, ditunjukkan dengan masih rendahnya komitmen terhadap program KB; belum adanya sinergi mengenai kriteria kemiskinan antara BPS dan BKKBN; belum tersedianya pedoman baku tentang pelayanan KB bagi KPS dan KS-I; kurangnya analisis kualitatif untuk mengidentifikasi kesesuaian antara supply dan demand alokon, khususnya bagi KPS dan KS-I; terbatasnya sarana dan prasarana dasar pelayanan KB; terbatasnya ukuran keberhasilan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I hanya pada hasil pencapaian peserta KB baru miskin dan peserta KB aktif miskin, serta kurangnya optimalisasi pemanfaatan dan pendayagunaan data.

Kata Kunci: RPJMN 2004-2009, TFR, unmet need, Peserta KB Baru, Peserta KB Aktif, KPS, KS-I, Jamkesmas

KATA PENGANTAR

Masyarakat miskin dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan yang rendah memiliki angka kelahiran total (*Total Fertility Rate/TFR*) yang lebih tinggi dibandingkan masyarakat dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan yang lebih tinggi. Apabila TFR yang tinggi tersebut tidak dikendalikan maka akan menambah beban pembangunan karena generasi miskin yang terbentuk. Oleh karena itu, program KB berupa penyediaan alat dan obat kontrasepsi secara gratis bagi masyarakat miskin menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah nasional (RPJMN 2004-2009) dan dilanjutkan di dalam RPJMN 2010-2014. Program KB tersebut membantu masyarakat untuk mampu merencanakan jumlah keluarganya, yang pada akhirnya mampu meningkatkan taraf kehidupan dan kesejahteraan keluarganya dengan lebih baik, terutama bagi masyarakat miskin. Namun demikian, guna memastikan bahwa program KB berupa pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin tersebut dapat berjalan efektif dan mampu memberikan manfaat yang maksimal, maka diperlukan evaluasi terhadap pelaksanaannya. Menindaklanjuti hal tersebut, sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Bappenas melalui Direktorat Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak (KP3A) perlu melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan rencana pembangunan kementerian/lembaga/satuan kerja perangkat daerah, terkait pelayanan KB bagi masyarakat miskin tersebut.

Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana perencanaan kebijakan dan pelaksanaan kegiatan pelayanan KB bagi masyarakat miskin (KPS dan KS-I) yang telah dilaksanakan oleh pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah, selama periode RPJMN 2004-2009. Di tingkat daerah, studi kasus dalam kegiatan evaluasi ini dilakukan di 3 provinsi terpilih, yaitu Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Sulawesi Tengah, dan Provinsi D.I. Yogyakarta. Pemberian pelayanan KB secara gratis bagi KPS dan KS-I telah dilaksanakan, namun masih dijumpai adanya keluhan mengenai biaya pelayanan KB yang tidak sepenuhnya gratis dan juga keluhan terhadap kualitas alat dan obat kontrasepsi.

Hasil dari kegiatan evaluasi ini diharapkan mampu memberikan gambaran sekaligus masukan positif untuk perbaikan perencanaan dan pelaksanaan program KB ke depan, khususnya terkait dengan pelaksanaan pelayanan KB bagi masyarakat miskin. Melalui laporan kegiatan ini pula diharapkan kajian-kajian lain yang terkait akan dapat berkembang dan dapat terus menyempurnakan program KB yang telah berjalan. Kami mengucapkan terima kasih kepada BKKBN pusat dan BKKBN provinsi, pemda, bappeda, SKPD KB, dinas kesehatan, dan para responden di Provinsi Sumatera Utara, D.I. Yogyakarta, dan Sulawesi Tengah yang telah banyak membantu kegiatan ini. Kami menyadari bahwa penyusunan laporan kegiatan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran membangun agar laporan evaluasi ini menjadi lebih baik dan bermanfaat, terima kasih.

Jakarta, Desember 2010

Direktur Kependudukan, Pemberdayaan
Perempuan, dan Perlindungan Anak, Bappenas

SUSUNAN KEANGGOTAAN

TIM KEGIATAN EVALUASI PELAYANAN KB BAGI MASYARAKAT MISKIN (KELUARGA PRASEJAHTERA/KPS DAN KELUARGA SEJAHTERA I/KS-I) TAHUN 2010

Penanggung Jawab : Dra. Nina Sardjunani, MA
Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan,
Bappenas

Tim Pelaksana Teknis

Ketua : DR. Ir. Subandi, MSc.
Direktur Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan, dan
Perlindungan Anak, Bappenas

Anggota : 1. Ir. Ani Pudyastuti, MA
2. Qurrota A'yun, S.Si.
3. Renova Glorya Montessori Siahaan, SE
4. Ir. Destri Handayani, ME
5. Dani Ramadan, S.Si, MHR
6. Fithriyah, SE, MPA, Ph.D
7. Ahmad Taufik, SKom., MAP

Tim Pendukung : 1. Aini Harisani, SE
2. Indah Erniawati, S.Sos
3. Edy Budi Utomo
4. Salamun
5. Samta
6. Hendriyanto

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
SUSUNAN KEANGGOTAAN.....	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GRAFIK	ix
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan.....	3
1.3. Ruang Lingkup	3
1.4. Keluaran	4
1.5. Metodologi.....	4
1.5.1. Lokasi Penelitian.....	4
1.5.2. Pengumpulan Data.....	5
1.5.3. Analisis Data	6
1.5.4. Kerangka Pikir Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Definisi Kemiskinan.....	8
2.1.1. Konsep Kemiskinan Menurut BKKBN	9
2.1.2. Pendekatan Kemiskinan Menurut Badan Pusat Statistik (BPS)	12
2.1.3. Data Kemiskinan Mikro	14
2.1.4. Pendekatan Kemiskinan Menurut <i>World Bank</i>	15
2.2. Kemiskinan dan Karakteristik Sosial Demografi Penduduk	15
2.3. Metode Kontrasepsi dan Alat/Obat Kontrasepsi	18
BAB III SASARAN, KEBIJAKAN, PROGRAM, DAN KEGIATAN	21
3.1. Sasaran, Arah Kebijakan, Program, dan Kegiatan Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005-2009	21
3.2. Kebijakan Dana Alokasi Khusus Bidang KB	26
3.3. Perencanaan Kebutuhan Alat/Obat Kontrasepsi	27
3.4. Alur Distribusi Alat dan Obat Kontrasepsi.....	29
3.5. Bentuk Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.....	30
3.5.1. Bentuk Pelayanan.....	31
3.5.2. <i>Moment</i> Pelayanan.....	31
3.6. Pembiayaan.....	31
3.7. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).....	32
BAB IV HASIL DAN ANALISIS.....	36
4.1. Tantangan Penyerasian Konsep Kemiskinan antara BPS dan BKKBN	36
4.2. Pencapaian Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin.....	43
4.2.1. Laju Pertumbuhan Penduduk dan <i>Total Fertility Rate</i>	43

4.2.2.	<i>Unmet Need</i>	46
4.2.3.	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i>	48
4.2.4.	Tingkat Putus Pakai Pemakaian Kontrasepsi dan Keinginan untuk Memakai Kontrasepsi	52
4.2.5.	Informasi Tentang Alat Kontrasepsi	54
4.2.6.	Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)	56
4.2.7.	Pencapaian Peserta KB Baru dan Aktif Miskin Periode 2005-2009	58
4.3.	Studi Kasus di Provinsi Sumatera Utara	62
4.3.1.	Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Keluarga Miskin	62
4.3.2.	Dukungan Pemda Terhadap Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	69
4.3.3.	Pandangan Terhadap Kriteria Keluarga Miskin Menurut BPS dan BKKBN ..	69
4.3.4.	Pedoman Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	70
4.3.5.	Penggunaan Alokasi oleh Akseptor	72
4.3.6.	Perencanaan Pengadaan Alokasi Gratis dan Pendistribusiannya	72
4.3.7.	Pengenaan Biaya pada Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	73
4.3.8.	Pendataan Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	74
4.3.9.	Koordinasi Kerja	76
4.3.10.	Pengembangan Sumber Daya Manusia	77
4.3.11.	Sarana dan Prasarana Pelayanan KB	78
4.3.12.	Pelaksanaan Evaluasi Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	79
4.3.13.	Kendala Pelaksanaan Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	79
4.3.14.	Saran untuk Meningkatkan Minat Masyarakat dalam Ber-KB, Khususnya untuk KPS dan KS-I	81
4.4.	Studi Kasus di Provinsi Sulawesi Tengah	82
4.4.1.	Program Kegiatan Pelayanan KB Bagi Keluarga Miskin	82
4.4.2.	Dukungan Pemda Terhadap Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	84
4.4.3.	Pandangan Terhadap Kriteria Keluarga Miskin Menurut BPS dan BKKBN ..	84
4.4.4.	Pedoman Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	85
4.4.5.	Penggunaan Alat dan Obat Kontrasepsi oleh Akseptor	86
4.4.6.	Perencanaan Pengadaan Alokasi Gratis dan Pendistribusiannya	88
4.4.7.	Pengenaan Biaya pada Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	88
4.4.8.	Pendataan Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	90
4.4.9.	Koordinasi Kerja	94
4.4.10.	Pengembangan Sumber Daya Manusia	97
4.4.11.	Sarana dan Prasarana Pelayanan KB	98
4.4.12.	Pelaksanaan Evaluasi Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	99
4.4.13.	Kendala Pelaksanaan Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	101
4.4.14.	Saran untuk Meningkatkan Minat Masyarakat untuk Ikut Ber-KB, Khususnya Bagi KPS dan KS-I	102
4.5.	Studi Kasus di Provinsi D.I. Yogyakarta	104
4.5.1.	Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Keluarga Miskin	104
4.5.2.	Dukungan Pemda Terhadap Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	106
4.5.3.	Pandangan Terhadap Kriteria Keluarga Miskin Menurut BPS dan BKKBN ..	107
4.5.4.	Pedoman Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	108

4.5.5.	Kendala Pelaksanaan Jamkesmas dan Jamkesda Terkait dengan Program Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin.....	111
4.5.6.	Penggunaan Alokasi oleh Akseptor	112
4.5.7.	Perencanaan Pengadaan Alokasi Gratis dan Pendistribusiannya	114
4.5.8.	Permasalahan dalam Pemberian Pelayanan Bagi Akseptor KB	115
4.5.9.	Pengenaan Biaya pada Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	116
4.5.10.	Pendataan Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	117
4.5.11.	Koordinasi Kerja	120
4.5.12.	Pengembangan Sumber Daya Manusia	121
4.5.13.	Sarana dan Prasarana Pelayanan KB	123
4.5.14.	Pelaksanaan Evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin	124
4.5.15.	Saran untuk Meningkatkan Minat Masyarakat dalam Ber – KB, Khususnya Bagi KPS dan KS-I.....	125
BAB V	KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	128
5.1.	Kesimpulan.....	128
5.2.	Rekomendasi	131
DAFTAR PUSTAKA		134

DAFTAR TABEL

Tabel 1:	Penentuan Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Kunjungan Lapang.....	5
Tabel 2:	Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera Menurut BKKBN.....	10
Tabel 3:	Pendekatan Karakteristik Rumah Tangga dalam Pendataan Sosial Ekonomi (PSE) 2005 dan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) 2008	14
Tabel 4:	Karakteristik Sosial Demografi Penduduk Miskin, 2008.....	17
Tabel 5:	Jenis Alat dan Obat Kontrasepsi, Manfaat dan Efek Samping yang Ditimbulkan	18
Tabel 6:	Sasaran Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin di dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005 - 2009	22
Tabel 7:	Arah Kebijakan Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin di dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005 - 2009	23
Tabel 8:	Program dan Kegiatan Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin di dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005 - 2009.....	25
Tabel 9:	Persandingan Kebijakan Pembangunan KKB dengan DAK KB 2008-2009	27
Tabel 10:	Persandingan Indikator Kemiskinan Menurut BPS dan BKKBN	37
Tabel 11:	Perbandingan Hasil Survei PPLS 2008 dan Hasil Survei Pendataan Keluarga 2008	41
Tabel 12:	TFR Menurut Tingkat Pendidikan, Tingkat Kesejahteraan, dan Wilayah Desa/Kota..	44
Tabel 13:	Jumlah Pasangan Usia Subur	56
Tabel 14:	Jumlah Peserta KB Baru Miskin dan Peserta KB Aktif Miskin 2005 – 2009	59
Tabel 15:	Pertambahan PA Miskin dan Persentase PA Miskin Terhadap Jumlah PB Miskin	60
Tabel 16:	Persentase Capaian PB Miskin Terhadap PPM PB Miskin Tahun 2008 - 2009	61
Tabel 17:	Persentase Capaian PA Miskin Terhadap PPM PA Miskin Tahun 2005 - 2009	61
Tabel 18:	Jumlah KPS dan KS-I Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2003-2009	75
Tabel 19:	Jumlah Peserta KB Baru Miskin dan Peserta KB Aktif Miskin Provinsi Sumatera Utara	76
Tabel 20:	Pendataan KPS dan KS-I Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2006 – 2009	91
Tabel 21:	Jumlah Peserta KB baru dan Aktif KPS dan KS-I Provinsi Sulawesi Tengah	91
Tabel 22:	Kegiatan Koordinasi Kerja yang Dilakukan oleh BKKBN Provinsi Sulawesi Tengah...	94
Tabel 23:	Kegiatan Koordinasi Kerja yang Dilakukan oleh SKPD Kab/Kota di Provinsi Sulawesi tengah	96
Tabel 24:	Perbandingan Jumlah PLKB dengan Kebutuhannya	98
Tabel 25:	Ukuran Keberhasilan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	100
Tabel 26:	Jumlah dan Persentase Tahapan Keluarga Sejahtera per-Kabupaten/Kota Tahun 2009	118
Tabel 27:	Pendataan Keluarga KPS dan KS-I Provinsi DIY Tahun 2006 - 2009	119
Tabel 28:	Pencapaian Peserta KB Baru (PB) Provinsi DIY Tahun 2008 - 2009.....	119
Tabel 29:	Pencapaian Peserta KB Aktif (PA) Provinsi DIY Tahun 2008 - 2009	120
Tabel 30:	Kegiatan Koordinasi yang Dilakukan oleh BKKBN Provinsi DIY	120
Tabel 31:	Persandingan Jumlah PLKB dan Kebutuhannya	123
Tabel 32:	Ukuran keberhasilan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin	124

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1: Tren Kemiskinan di Indonesia, 2004 - 2009	16
Grafik 2: Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2007	33
Grafik 3: Total Fertility Rate Per Provinsi Tahun 2007	45
Grafik 4: Tren <i>Unmet Need</i> 1991-2007	47
Grafik 5: Disparitas <i>Unmet Need</i> Antarprovinsi, 2007	48
Grafik 6: Tren Fertilitas dan Kontrasepsi Tahun 1971-2007	49
Grafik 7: Tren <i>Contraceptive Prevalence Rate</i>	49
Grafik 8: <i>Contraceptive Prevalence Rate</i> Cara Modern, 2007	50
Grafik 9: <i>Contraceptive Prevalence Rate</i> Semua Cara, 2007	51
Grafik 10: Tren Pemakaian Kontrasepsi, 1991-2007	52
Grafik 11: Persentase Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi.....	52
Grafik 12: Alasan Berhenti Memakai Kontrasepsi, 2007.....	53
Grafik 13. Persentase Tahapan Keluarga Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2006-2009	90
Grafik 14. Pencapaian Peserta KB Aktif KPS dan KS-I menurut Mix Kontrasepsi Tahun 2009 ...	92
Grafik 15. Persentase Pemakaian Kontrasepsi (CPR) Menurut Keluarga Miskin dan Tidak Miskin Per Kab/Kota, 2008	93

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Pikir Evaluasi Pelayanan KB Bagi KPS dan KS-I	7
Gambar 2. Proses Pelaporan pada Survei Pendataan Keluarga.....	12
Gambar 3. Alur Distribusi Alat dan Obat Kontrasepsi dari Pusat Sampai ke Daerah	29
Gambar 4. Cakupan Berbagai Bentuk Jaminan Kesehatan.....	42
Gambar 5. Penambahan dan Pengurangan Jumlah Peserta KB	57

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah penduduk ke-empat terbesar di dunia setelah Cina, India, dan Amerika Serikat. Hasil penelitian UN – Deutsche Bank (2009), Indonesia menyumbang sekitar 6 persen penduduk di Asia (Tahun 2000 dan Proyeksi 2010). Hal ini menunjukkan bahwa kuantitas penduduk Indonesia merupakan permasalahan strategis. Pada Bab 30 Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009, salah satu permasalahan pembangunan kependudukan dan keluarga kecil berkualitas yang dikemukakan adalah masih tingginya angka kelahiran penduduk. Dengan angka kelahiran total sebesar 2,3 (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia/SDKI 2007 setelah dikoreksi), terjadi sekitar 4 juta kelahiran setiap tahunnya, dan jumlah kelahiran ini sama dengan jumlah total penduduk Singapura pada tahun 2000 (*World Bank*). Kondisi ini menyebabkan tingginya laju pertumbuhan dan jumlah penduduk karena tingkat kelahiran merupakan faktor utama yang mempengaruhi laju pertumbuhan penduduk di Indonesia. Jika ditilik lebih dalam, angka kelahiran tersebut tidak serta merta sama antara wilayah desa-kota, antarprovinsi, antartingkat pendidikan, dan antartingkat kesejahteraan. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia/SDKI 2007 menunjukkan bahwa mereka yang memiliki latar belakang pendidikan rendah dan kurang sejahtera, memiliki tingkat kelahiran yang lebih besar. *Total Fertility Rate/TFR* pada kelompok kuintil pertama lebih tinggi (3,0) dibandingkan dengan kuintil keempat (2,5). Jika tidak diupayakan pengendalian penduduk secara serius, hal ini berimplikasi kepada beratnya beban pemerintah dalam menurunkan tingkat kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat, terutama untuk menyediakan pelayanan dasar berupa pendidikan dan kesehatan.

Upaya pemerintah mengendalikan laju pertumbuhan penduduk (LPP) telah tertuang di dalam RPJMN 2004 – 2009, yaitu dengan memberikan prioritas kepada kelompok masyarakat miskin tersebut dengan cara menurunkan angka kelahiran melalui Program Keluarga Berencana Nasional. Salah satu kegiatan yang telah dilaksanakan adalah penyediaan pelayanan keluarga berencana/KB gratis bagi masyarakat yang berasal dari keluarga prasejahtera/KPS dan keluarga sejahtera I/KS-I. Selain itu, secara mikro kegiatan tersebut juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga karena dengan kecilnya jumlah anggota suatu keluarga maka

keluarga tersebut diharapkan dapat meningkatkan gizi makanan, tingkat kesehatan, dan pendidikan anggota keluarganya.

Kegiatan pelayanan KB di lapangan melibatkan dua kementerian/lembaga, yaitu BKKBN dan Kementerian Kesehatan. BKKBN bertanggung jawab menciptakan permintaan akan layanan KB (*demand creation*), yaitu dengan mengajak pasangan usia subur (PUS) untuk ber-KB dan menjaga PUS tersebut untuk terus aktif ber-KB melalui tenaga lini lapangan (Petugas Lapangan Keluarga Berencana/PLKB, Pengawas KB/PKB, Petugas Pembina KB Desa/PPKBD, dan Sub-PPKBD). Sementara itu, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab terhadap sisi penawaran/*supply*, yaitu dengan memberikan pelayanan KB di klinik/puskesmas/rumah sakit melalui bidan dan dokter terlatih. Kegiatan *demand creation* yang mencakup promosi dan KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) serta penyediaan alat dan obat kontrasepsi, menghabiskan sekitar 40 persen anggaran BKKBN setiap tahunnya. Namun sasaran RPJMN 2004-2009 untuk menurunkan TFR menjadi sebesar 2,1 masih belum berhasil. Hasil SDKI 2007 (setelah dikoreksi) dibandingkan dengan SDKI 2003 (setelah dikoreksi) menunjukkan bahwa TFR nasional hanya menurun dari sebesar 2,4 menjadi 2,3 per perempuan usia reproduksi. Sementara perkiraan hasil sementara Sensus Penduduk (SP) 2010, menunjukkan TFR yang bahkan jauh lebih tinggi, yaitu sebesar 2,6 per perempuan usia reproduksi, angka ini sama dengan hasil SDKI 2002/2003 dan 2007 sebelum dikoreksi. Hal ini mengindikasikan bahwa TFR tidak turun dan cenderung stagnan.

Selanjutnya, angka pemakaian kontrasepsi (*contraceptive prevalence rate/CPR*) cara modern juga tidak menunjukkan peningkatan yang berarti, yaitu dari 56,7 persen (2002/2003) menjadi 57,4 persen (2007). Sulitnya meningkatkan CPR tersebut berbanding lurus dengan sulitnya menurunkan angka kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*). *Unmet need* bahkan cenderung meningkat dari sebesar 8,6 persen menjadi 9,1 persen. Pencapaian peserta KB aktif yang telah dilakukan oleh BKKBN kemungkinan besar hanya dapat mempertahankan CPR, namun tidak dapat menaikkan persentasenya secara signifikan. Oleh karena itu, perlu dilakukan identifikasi permasalahan pada pelayanan KB tersebut yang menyebabkan sulitnya meningkatkan angka kesertaan ber-KB, khususnya bagi kelompok yang miskin KPS dan KS-I.

BKKBN telah banyak melakukan evaluasi terkait pelaksanaan program KB dan kegiatannya, namun analisis yang dilakukan lebih bersifat deskriptif kuantitatif yang lebih fokus pada input dan outputnya. Input lebih pada jumlah alokasi yang telah didistribusikan, sementara output dianalisis dengan membandingkan antara capaian dan sasaran

pembangunan yang menjadi target dan tertuang di dalam dokumen RKP maupun Renja K/L. Dengan demikian, hal-hal lain yang sifatnya kendala operasional dan permasalahan lapangan yang lebih banyak dijumpai pada proses menjadi tidak tampak lagi. Hal ini menjadi salah satu kendala dalam merumuskan berbagai kebijakan khususnya untuk penyempurnaan kebijakan yang terkait dengan layanan KB bagi KPS dan KS-I. Selain itu, masalah kelembagaan KB seperti kurangnya tenaga lini lapangan, rendahnya komitmen pemerintah daerah terhadap KB, serta masih terdapatnya tumpang tindih kegiatan antar-SKPD provinsi dan kab/kota juga masih menjadi permasalahan yang belum terpecahkan hingga saat ini.

Sehubungan dengan hal tersebut, Bappenas selaku koordinator perencanaan di tingkat nasional, sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri PPN/Kepala Bappenas Nomor KEP.005/M.PPN/10/2007, yang berfungsi mengkoordinasikan dan meningkatkan keterpaduan penyusunan rencana dan program, pemantauan, analisis, dan evaluasi di bidang perencanaan pembangunan nasional, dan dalam hal ini diwakili oleh Direktorat Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak (KP3A) bermaksud melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan KB gratis bagi KPS dan KS-I.

1.2. Tujuan

Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan KB bagi masyarakat miskin (KPS dan KS-I) yang dilaksanakan oleh pemerintah selama periode RPJMN 2004-2009 dan merumuskan saran/rekomendasi untuk perbaikan perencanaan KB ke depan.

1.3. Ruang Lingkup

Kegiatan evaluasi pelayanan KB bagi KPS dan KS-I dibatasi pada periode RPJMN 2004–2009. Tiga aspek yang dianalisis meliputi input, proses, dan output.

- Aspek input difokuskan pada kebijakan-kebijakan yang telah tertuang di dalam RPJMN 2004-2009 dan pedoman/petunjuk teknis terkait pelayanan KB bagi masyarakat miskin (KPS dan KS-I), ketersediaan sumber daya manusia (SDM) penyelenggara program KB, serta sarana dan prasarana pendukung pelayanan KB.
- Aspek proses difokuskan pada pelaksanaan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I serta kualitas pelayanan KB.
- Aspek output difokuskan pada pencapaian peserta KB baru miskin dan peserta KB aktif miskin.

1.4. Keluaran

Keluaran yang diharapkan dari evaluasi ini adalah tersusunnya laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I selama periode RPJMN 2004–2009 dan dihasilkannya rekomendasi kebijakan pelaksanaan kegiatan pelayanan KB gratis untuk KPS dan KS-I.

1.5. Metodologi

Evaluasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, dilakukan melalui *desk review* dan studi literatur mengenai sasaran, arah kebijakan, program/kegiatan, dan capaian program KB di tingkat nasional, analisis terhadap hasil pengisian instrumen evaluasi, diskusi dengan pihak yang terlibat dalam perencanaan kebijakan/program dan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I di 3 provinsi, serta memantau langsung pelaksanaan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I di klinik/puskesmas/pelayanan KB massal di provinsi/kabupaten/kota yang dikunjungi.

1.5.1. Lokasi Penelitian

Untuk melengkapi analisis evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin, maka dilakukan diskusi dan kunjungan ke tiga daerah (provinsi, kabupaten/kota) terpilih. Daerah (provinsi/kabupaten/kota) yang dikunjungi adalah daerah-daerah yang dapat merepresentasikan kegiatan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I, meliputi daerah yang tidak atau kurang berhasil serta daerah yang berhasil dalam pelaksanaan kegiatan tersebut. Diskusi dan kunjungan tersebut didahului dengan pengiriman kuesioner kepada para *stakeholder* yaitu SKPD KB kabupaten/kota dan provinsi, PLKB, akseptor, pengelola puskesmas dinas kesehatan, bappeda, dan BKKBN provinsi.

Dalam menentukan provinsi yang akan dikunjungi, dilakukan *review* terlebih dahulu terhadap beberapa indikator capaian program KB yang meliputi LPP, TFR, CPR, *unmet need*, dan persentase penduduk miskin pada tahun 2009.

- Provinsi Sumatera Utara (Kabupaten Deli Serdang dan Kota Medan), mewakili Indonesia bagian barat, merupakan provinsi dengan capaian sasaran KB relatif rendah dibandingkan dengan rata-rata capaian nasional;

- Provinsi D.I. Yogyakarta (Kabupaten Gunung Kidul dan Kota Yogyakarta), mewakili Indonesia bagian tengah, merupakan provinsi dengan capaian sasaran KB relatif baik dibandingkan dengan rata-rata sasaran nasional; dan
- Provinsi Sulawesi Tengah (Kabupaten Donggala dan Kota Palu), mewakili Indonesia bagian timur, merupakan provinsi dengan capaian KB relatif rendah dibandingkan dengan rata-rata capaian nasional.

Tabel 1: Penentuan Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Kunjungan Lapang

No.	Provinsi	Indikator KB					Keterangan
		LPP ¹⁾ (00-05)	TFR ²⁾	CPR ²⁾	Unmet Need ²⁾	Σ Penduduk Miskin (persen) ³⁾	
1	Sumatera Utara	1.35	3.5	42.6	12.3	BPS: 11.51 KPS= 12.9 KS1= 24.0	Kunjungan lapang dilaksanakan pada tanggal 13 – 15 Oktober 2010
2	D.I. Yogyakarta	1.39	1.5	54.8	6.8	BPS: 17.23 KPS= 21.1 KS1=22.7	Kunjungan lapang dilaksanakan pada tanggal 3 – 4 November 2010
3	Sulawesi Tengah	1.07	3.3	59.8	8.3	BPS: 18.98 KPS= 28.7 KS1= 27.2	Kunjungan lapang dilaksanakan pada tanggal 2 – 4 November 2010

Sumber: ¹⁾ BPS; ²⁾ SDKI, 2007; ³⁾ BPS, 2009

1.5.2. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui hasil pengisian instrumen evaluasi (kuisisioner) pelayanan KB bagi KPS dan KS-I dan wawancara langsung dengan pihak-pihak yang terkait dengan pelayanan KB bagi masyarakat miskin, meliputi 1) bappeda kabupaten/kota; 2) BKKBN pusat dan BKKBN provinsi; 3) SKPD KB kabupaten/kota; 4) tenaga lapangan KB (PKB/PLKB/PPKBD/Sub-PPKBD); 5) pengelola klinik KB; 6) bidan; dan 7) peserta KB aktif dari KPS dan KS-I. Dari hasil pengisian instrumen evaluasi didapatkan informasi mengenai:

- a) kebijakan daerah dalam pemberian layanan KB bagi masyarakat miskin;
- b) kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan pemberian layanan KB bagi KPS dan KS-I; baik kegiatan dari BKKBN provinsi maupun Badan KB kabupaten/kota;
- c) ketersediaan pedoman teknis pelayanan KB bagi KPS dan KS-I;
- d) Kesulitan dan permasalahan yang dihadapi dalam memberikan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I; dan
- e) Saran serta usulan daerah untuk perbaikan pelayanan KB ke depan.

Selanjutnya, data sekunder yang dikumpulkan meliputi data kebijakan, program, kegiatan, dan sasaran yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005–2009, tinjauan literatur mengenai konsep dan definisi kemiskinan menurut BPS dan BKKBN, data-data kependudukan dan KB yang bersumber dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) dan SP 2000 dan 2010, serta beberapa landasan hukum dan peraturan-peraturan teknis berupa pedoman/juknis yang mendukung pelaksanaan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I.

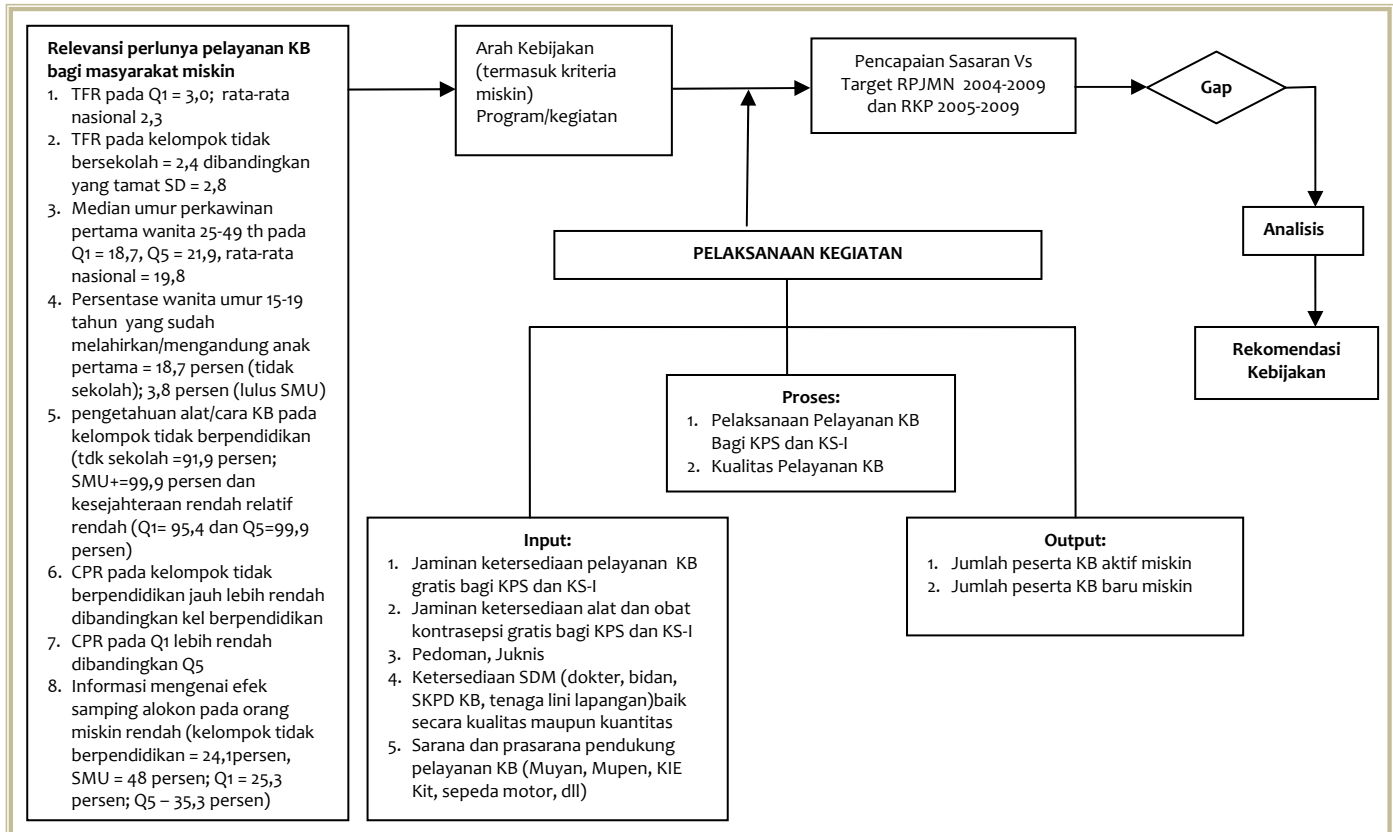
1.5.3. Analisis Data

Tahapan analisis meliputi:

1. pemetaan sasaran, arah kebijakan, serta program dan kegiatan yang terkait dengan pelaksanaan kegiatan pelayanan KB gratis untuk masyarakat miskin;
2. pemetaan sasaran dan capaian peserta KB baru miskin dan peserta KB aktif miskin;
3. identifikasi permasalahan pelaksanaan kegiatan pelayanan KB gratis bagi KPS dan KS-I berdasarkan literatur dan hasil kunjungan lapangan;
4. analisis permasalahan pelaksanaan kegiatan pelayanan KB gratis untuk masyarakat KPS dan KS-I; dan
5. penyusunan kesimpulan dan rekomendasi pelaksanaan kegiatan pelayanan KB gratis untuk KPS dan KS-I.

1.5.4. Kerangka Pikir Penelitian

Gambar 1: Kerangka Pikir Evaluasi Pelayanan KB Bagi KPS dan KS-I



Data-data memperlihatkan bahwa cakupan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi bagi masyarakat miskin masih rendah, hal ini menunjukkan akses dan kualitas pelayanan KB bagi mereka juga masih rendah. Operasionalisasi pelaksanaan kebijakan pelayanan KB bagi masyarakat miskin diduga terkendala oleh ketidaktersediaan/kurangnya input dan berbagai permasalahan pada proses pelayanan KB sehingga menentukan kualitas output yang dihasilkan. Meskipun target peserta KB baru dan aktif setiap tahun relatif baik, kontribusi peserta KB baru miskin terhadap penambahan peserta KB aktif miskin diduga masih relatif kecil disebabkan tingginya kegagalan pemakaian kontrasepsi dan tingginya angka putus pakai kontrasepsi pada akseptor KB miskin. Berdasarkan hal ini, maka dilakukan analisis dan dirumuskan rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB bagi masyarakat miskin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi Kemiskinan

Kemiskinan terkait dengan masalah kekurangan pangan dan gizi, keterbelakangan pendidikan, kriminalisme, pengangguran, prostitusi, dan masalah-masalah lain yang bersumber dari rendahnya tingkat pendapatan perkapita penduduk. Kemiskinan merupakan masalah yang amat kompleks dan tidak sederhana penanganannya. Menurut Mulyono (2006) kemiskinan berarti ketiadaan kemampuan dalam seluruh dimensinya.

Kemiskinan menurut penyebabnya terbagi menjadi 2 macam. Pertama adalah kemiskinan kultural, yaitu kemiskinan yang disebabkan oleh faktor-faktor adat atau budaya suatu daerah tertentu yang membelenggu seseorang atau sekelompok masyarakat tertentu sehingga membuatnya tetap melekat dengan kemiskinan. Kemiskinan seperti ini bisa dihilangkan atau sedikitnya bisa dikurangi dengan mengabaikan faktor-faktor yang menghalanginya untuk melakukan perubahan ke arah tingkat kehidupan yang lebih baik. Kedua adalah kemiskinan struktural, yaitu kemiskinan yang terjadi sebagai akibat ketidakberdayaan seseorang atau sekelompok masyarakat tertentu terhadap sistem atau tatanan sosial yang tidak adil, karenanya mereka berada pada posisi tawar yang sangat lemah dan tidak memiliki akses untuk mengembangkan dan membebaskan diri mereka sendiri dari perangkap kemiskinan atau dengan perkataan lain "seseorang atau sekelompok masyarakat menjadi miskin karena mereka miskin" (Analisis dan Penghitungan Tingkat kemiskinan, BPS).

Kemiskinan secara konseptuan dapat dibedakan menjadi dua, relatif (*Relative Poverty*) dan kemiskinan absolut (*Absolute Poverty*). Kemiskinan relatif merupakan kondisi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat sehingga menyebabkan ketimpangan distribusi pendapatan. Standar minimum disusun berdasarkan kondisi hidup suatu negara pada waktu tertentu dan perhatian terfokus pada golongan penduduk "termiskin", misalnya 20 persen atau 40 persen lapisan terendah dari total penduduk yang telah diurutkan menurut pendapatan/pengeluaran. Kelompok ini merupakan penduduk relatif miskin. Dengan demikian, ukuran kemiskinan relatif sangat tergantung pada distribusi pendapatan/pengeluaran penduduk sehingga dengan menggunakan definisi ini berarti "orang miskin selalu hadir bersama kita".

Selanjutnya, kemiskinan absolut ditentukan berdasarkan ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan pokok minimum seperti pangan, sandang, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja. Kebutuhan pokok minimum diterjemahkan sebagai ukuran finansial dalam bentuk uang. Nilai kebutuhan minimum kebutuhan dasar tersebut dikenal dengan istilah garis kemiskinan. Penduduk yang pendapatannya di bawah garis kemiskinan digolongkan sebagai penduduk miskin. Garis kemiskinan absolut mampu membandingkan kemiskinan secara umum. Garis kemiskinan absolut menjadi penting saat akan menilai efek dari kebijakan anti kemiskinan antarwaktu, atau memperkirakan dampak dari suatu proyek terhadap kemiskinan (misalnya, pemberian kredit skala kecil).

Masalah kemiskinan menjadi perhatian utama di berbagai negara. Salah satu aspek penting untuk mendukung strategi penanggulangan kemiskinan adalah tersedianya data kemiskinan yang akurat dan tepat sasaran. Data kemiskinan yang baik dapat digunakan untuk mengevaluasi kebijakan pemerintah terhadap kemiskinan, membandingkan kemiskinan antar waktu dan daerah, serta menentukan target penduduk miskin dengan tujuan untuk memperbaiki posisi mereka. Saat ini, berbagai sumber menginformasikan tentang angka kemiskinan di Indonesia dengan angka yang bervariasi, hal ini disebabkan oleh perbedaan dari definisi garis kemiskinan yang dipakai sebagai garis kemiskinan (Mulyono, 2006). Definisi miskin memiliki beberapa versi tergantung pada instansi yang menjadi rujukan.

2.1.1. Konsep Kemiskinan Menurut BKKBN

BKKBN mendefinisikan miskin berdasarkan konsep/pendekatan kesejahteraan keluarga, yaitu dengan membagi kriteria keluarga ke dalam lima tahapan, yaitu keluarga prasejahtera (KPS), keluarga sejahtera I (KS-I), keluarga sejahtera II (KS-II), keluarga sejahtera III (KS-III), dan keluarga sejahtera III plus (KS-III Plus). Aspek keluarga sejahtera dikumpulkan dengan menggunakan 21 indikator sesuai dengan pemikiran para pakar sosiologi dalam membangun keluarga sejahtera dengan mengetahui faktor-faktor dominan yang menjadi kebutuhan setiap keluarga. Faktor-faktor dominan tersebut terdiri dari (1) pemenuhan kebutuhan dasar; (2) pemenuhan kebutuhan psikologi; (3) kebutuhan pengembangan; dan (4) kebutuhan aktualisasi diri dalam berkontribusi bagi masyarakat di lingkungannya. Dalam hal ini, kelompok yang dikategorikan penduduk miskin oleh BKKBN adalah KPS) dan KS-I. Kelompok inilah yang kemudian menjadi bagian dari target BKKBN dalam upaya penanggulangan

kemiskinan, yang salah satunya adalah melalui penyediaan alat/obat kontrasepsi (alokon) gratis bagi masyarakat miskin.

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, seperti kebutuhan pokok (pangan), sandang, papan, kesehatan, dan pengajaran agama. Mereka yang dikategorikan sebagai KPS adalah keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) kriteria KS-I. Selanjutnya, KS-I adalah keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan yang sangat mendasar, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi, yaitu satu atau lebih indikator pada tahapan KS-II.

Tabel 2: Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera Menurut BKKBN

No.	Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera	Klasifikasi	Kriteria Keluarga Sejahtera
1	Makan dua kali sehari atau lebih	Kebutuhan Dasar (Basic Needs)	- Keluarga Sejahtera I - Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 6 indikator KS-I maka termasuk ke dalam Keluarga Prasejahtera
2	Memiliki pakaian yang berbeda		
3	Rumah yang ditempati mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik		
4	Bila ada anggota keluarga yang sakit dibawa ke sarana kesehatan		
5	PUS ingin ber-KB ke sarana pelayanan kontrasepsi		
6	Semua anak umur 7-15 th dalam keluarga bersekolah		
7	Melaksanakan ibadah agama dan kepercayaan masing-masing	Kebutuhan Psikologi (Psychological Needs)	- Keluarga Sejahtera II - Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 8 indikator KS-II maka termasuk ke dalam Keluarga Sejahtera I
8	Paling kurang sekali seminggu makan daging/ ikan/ telur		
9	Memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun		
10	Luas lantai rumah paling kurang 8m ² untuk setiap penghuni rumah		
11	Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat		
12	Ada anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan		
13	Seluruh anggota keluarga umur 10-60 th bisa baca tulisan latin		
14	PUS dengan anak 2 atau lebih menggunakan alat kontrasepsi		
15	Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama	Kebutuhan Pengembangan (Developmental Needs)	- Keluarga Sejahtera III - Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 5 indikator KS-III maka termasuk ke dalam Keluarga
16	Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang maupun barang *]		

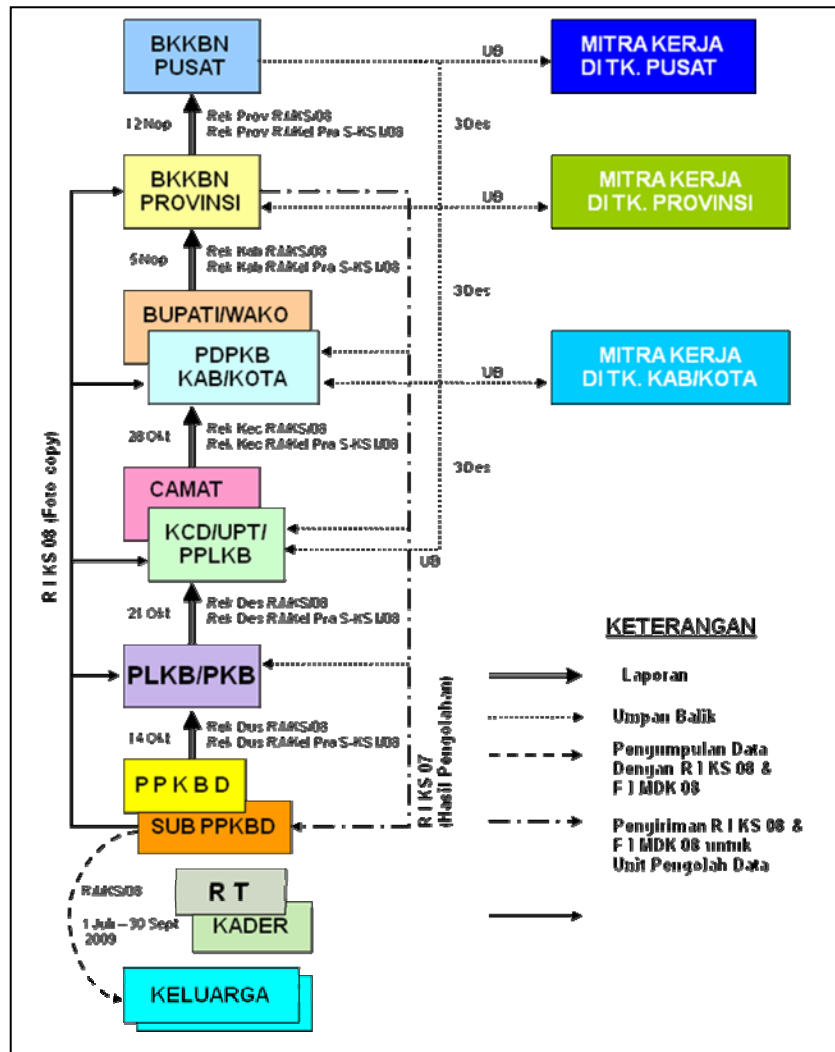
No.	Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera	Klasifikasi	Kriteria Keluarga Sejahtera
17	Makan bersama paling kurang sekali seminggu untuk berkomunikasi		Sejahtera II
18	Mengikuti kegiatan masyarakat		
19	Memperoleh informasi dari surat kabar, radio, TV, majalah		
20	Memberikan sumbangan materil secara teratur	Kebutuhan Aktualisasi Diri (Self Esteem)	• Keluarga Sejahtera III plus • Jika tidak dapat memenuhi satu atau lebih dari 2 indikator KS-III plus maka termasuk ke dalam KS-III
21	Aktif sebagai pengurus Organisasi kemasyarakatan		

Menurut BPS (2008), pendekatan BKKBN ini dianggap masih kurang realistis karena konsep dan KS-I sifatnya normatif dan lebih sesuai dengan keluarga kecil/inti. Selain itu, ke-5 indikator tersebut masih bersifat sentralistik dan seragam, yang belum tentu relevan dengan keadaan dan budaya lokal.

Untuk melaksanakan program dan kegiatannya, BKKBN menggunakan data-data yang bersumber dari Survei Pendataan Keluarga. Survei yang telah dilaksanakan BKKBN sejak tahun 1994 tersebut bertujuan untuk menghasilkan data dan informasi secara mikro meliputi aspek demografi, keluarga berencana, keluarga sejahtera, dan individu anggota keluarga sejak tahun 2001. Oleh karena itu Pendataan Keluarga menjadi sarana operasional bagi para petugas dan pengelola untuk mempertajam segmentasi sasaran program (Profil Pendataan Keluarga 2009, BKKBN).

Pendataan Keluarga dilaksanakan di seluruh wilayah Indonesia dengan cara langsung mendatangi keluarga-keluarga melalui kunjungan dari rumah ke rumah; dilakukan oleh masyarakat bersama pemerintah (pemda dan BKKBN) secara serentak pada waktu yang telah ditentukan (bulan Juli - September setiap tahunnya). Alur pendataan keluarga digambarkan pada Gambar 2 di bawah ini.

Gambar 2: Proses Pelaporan pada Survei Pendataan Keluarga



Sumber: Hasil Survei Pendataan Keluarga, BKKBN 2009

2.1.2. Pendekatan Kemiskinan Menurut Badan Pusat Statistik (BPS)

Badan Pusat Statistik (BPS) menggunakan konsep kemampuan pemenuhan kebutuhan dasar (*basic need approach*) untuk mengukur kemiskinan. Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Dengan kata lain, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan makanan maupun non makanan yang bersifat mendasar.

Badan Pusat Statistik pertama kali melakukan penghitungan jumlah dan persentase penduduk miskin pada tahun 1984. Pada saat itu, penghitungan jumlah dan persentase penduduk miskin mencakup periode 1976-1981 dengan menggunakan data Survei Sosial

Ekonomi Nasional (Susenas) modul konsumsi. Sejak itu, setiap tiga tahun sekali BPS secara rutin mengeluarkan data jumlah dan persentase penduduk miskin yang disajikan menurut daerah perkotaan dan pedesaan. Selanjutnya, mulai tahun 2003, BPS secara rutin mengeluarkan data jumlah dan persentase penduduk miskin setiap tahun. Hal tersebut bisa terwujud karena sejak tahun 2003 BPS mengumpulkan data Susenas Panel Modul Konsumsi setiap bulan Februari atau Maret. BPS juga menggunakan hasil survei Survei Paket Komoditi Kebutuhan Dasar (SPKKD) yang digunakan untuk memperkirakan proporsi dari pengeluaran masing-masing komoditi pokok non-makanan.

Metode yang digunakan oleh BPS dalam melakukan penghitungan jumlah dan persentase penduduk miskin adalah dengan menghitung garis kemiskinan (GK). Penduduk dikatakan miskin apabila penduduk tersebut memiliki rata-rata pengeluaran perkapita per bulan di bawah garis kemiskinan (BPS, 2008). Penghitungan garis kemiskinan dilakukan secara terpisah untuk daerah perkotaan dan pedesaan. Garis Kemiskinan terdiri dari dua komponen, Garis Kemiskinan Makanan (GKM) dan Garis Kemiskinan Non-Makanan (GKNM), sebagai berikut:

$$\mathbf{GK = GKM + GKNM}$$

Garis kemiskinan makanan (GKM) merupakan nilai pengeluaran kebutuhan minimum makanan yang disetarakan dengan 2.100 kilo kalori perkapita per hari. Patokan ini mengacu pada hasil Widyakarya Pangan dan Gizi 1978. Paket komoditi kebutuhan dasar makanan diwakili oleh 52 jenis komoditi (padi-padian, umbi-umbian, ikan, daging, telur dan susu, sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, minyak dan lemak, dll). Ke-52 jenis komoditi ini merupakan komoditi-komoditi yang paling banyak dikonsumsi oleh penduduk miskin. Jumlah pengeluaran untuk 52 komoditi ini sekitar 70 persen dari total pengeluaran orang miskin.

Sementara, Garis Kemiskinan Non-makanan (GKNM) adalah kebutuhan minimum untuk perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan. Paket komoditi kebutuhan dasar non-makanan diwakili oleh 51 jenis komoditi di perkotaan dan 47 jenis komoditi di pedesaan. Nilai kebutuhan minimum per komoditi/sub-kelompok non-makanan dihitung dengan menggunakan suatu rasio pengeluaran komoditi /sub-kelompok tersebut terhadap total pengeluaran komoditi/sub-kelompok yang tercatat dalam data Susenas modul konsumsi. Rasio tersebut dihitung dari hasil SPKKD 2004, yang dilakukan untuk mengumpulkan data pengeluaran

konsumsi rumah tangga per komoditi non-makanan yang lebih rinci dibandingkan data Susenas modul konsumsi.

2.1.3. Data Kemiskinan Mikro

Data kemiskinan yang diperoleh dari Susenas merupakan data makro berupa perkiraan penduduk miskin di Indonesia, yang hanya dapat disajikan sampai tingkat provinsi/kabupaten. Sementara itu, untuk intervensi program-program penanggulangan kemiskinan seperti Bantuan Langsung Tunai (BLT), Program Jamkesmas, dan Program Keluarga Harapan (PKH) diperlukan data yang bersifat mikro. Oleh sebab itu, BPS melakukan survei Pendataan Sosial Ekonomi Penduduk 2005/2006 (PSE05) untuk mendapatkan data kemiskinan mikro, berupa direktori rumah tangga yang layak menerima BLT. Data ini berisi nama kepala rumah tangga dan alamat tempat tinggal mereka. Berbeda dengan data kemiskinan makro, penentuan rumah tangga penerima BLT pada PSE05 didasarkan pada pendekatan karakteristik rumah tangga, bukan dengan pendekatan nilai konsumsi pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan dasar minimum (*non-monetary approach*). Ada 14 indikator yang digunakan untuk menentukan rumah tangga miskin sebagaimana terdapat pada Tabel 3. Data PSE05 tersebut dimutakhirkan melalui Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) 2008 yang dimulai pada bulan September dalam rangka penyiapan *database* RTS untuk memenuhi kebutuhan data berbagai program perlindungan sosial yang dilaksanakan mulai tahun 2009. Survei PPLS 2008 menambahkan 2 indikator di luar 14 indikator dalam survei PSE05.

Tabel 3: Pendekatan Karakteristik Rumah Tangga dalam Pendataan Sosial Ekonomi (PSE) 2005 dan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) 2008

No.	Variabel	No.	Variabel
Indikator PSE 2005			
1.	Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8m ²	8.	Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu
2.	Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan	9.	Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun
3.	Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester	10.	Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari
4.	tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain	11.	Tidak sanggup membayar biaya pengobatan dan puskesmas/poliklinik
5.	Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik	12.	Sumber penghasilan kepala keluarga adalah petani dengan luas lahan < 500 m2, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya

No.	Variabel	No.	Variabel
			dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000,00 per bulan.
6	Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan	13.	Pendidikan tertinggi Kepala Keluarga : tidak bersekolah/tidak tamat SD/ hanya SD
7.	Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah	14.	Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp 500.000,00 seperti sepeda motor kredit/non kredit
Indikator Tambahan Pada Survei PPLS 2008			
15.	Jenis atap bangunan tempat tinggal terluas adalah sirap, genteng/seng/asbes kondisi jelek/kualitas rendah atau ijuk, rumbia	16.	Sering berhutang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari

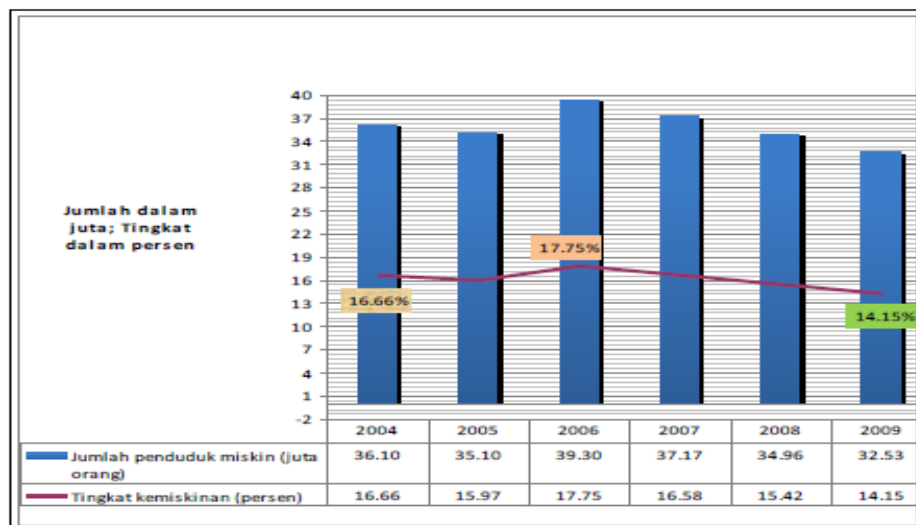
2.1.4. Pendekatan Kemiskinan Menurut World Bank

World Bank membuat garis kemiskinan absolut sebesar US\$ 1 dan US\$ 2 PPP (*purchasing power parity*/paritas daya beli) per hari (bukan nilai tukar US\$ resmi) dengan tujuan untuk membandingkan angka kemiskinan antarnegara/wilayah dan perkembangannya menurut waktu untuk menilai kemajuan yang dicapai dalam memerangi kemiskinan di tingkat global/internasional. Angka konversi PPP adalah banyaknya rupiah yang dikeluarkan untuk membeli sejumlah kebutuhan barang dan jasa di mana jumlah yang sama tersebut dapat dibeli sebesar US\$ 1 di Amerika Serikat. Angka konversi ini dihitung berdasarkan harga dan kuantitas di masing-masing negara yang dikumpulkan dalam suatu survei yang biasanya dilakukan setiap lima tahun.

2.2. Kemiskinan dan Karakteristik Sosial Demografi Penduduk

Pelaksanaan program-program penanggulangan kemiskinan telah berhasil menurunkan jumlah penduduk miskin. Pada tahun 2004, jumlah penduduk miskin mencapai 36,1 juta jiwa atau sebesar 16,6 persen dari total penduduk Indonesia turun menjadi 32,5 juta jiwa atau sebesar 14,1 persen pada tahun 2009, meskipun sempat mengalami kenaikan cukup besar pada tahun 2006 (BPS).

Grafik 1: Tren Kemiskinan di Indonesia, 2004 - 2009



Sumber: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010 – 2014, Bappenas

Dalam Bab 16 – Kemiskinan (RPJMN 2004 – 2009) disebutkan bahwa permasalahan kemiskinan dapat dilihat dari aspek beban kependudukan. Beban masyarakat miskin makin berat akibat besarnya tanggungan keluarga dan tekanan hidup yang mendorong terjadinya migrasi. Menurut data BPS, rumah tangga miskin cenderung mempunyai jumlah anggota rumah tangga yang lebih banyak. Karena rumah tangga miskin cenderung mempunyai tingkat kelahiran yang tinggi. Tingkat kematian anak pada rumah tangga miskin juga relatif tinggi sebagai akibat dari kurangnya pendapatan dan akses kesehatan serta pemenuhan gizi anak mereka. Dengan demikian jumlah anggota rumah tangga yang besar dapat menghambat peningkatan sumber daya manusia masa depan, yang dalam hal ini adalah anak-anak sebagai generasi penerus.

Rata-rata jumlah anggota rumah tangga pada rumah tangga miskin di Indonesia pada tahun 2008 yaitu 4,64 orang di mana tercatat 4,70 orang di perkotaan dan 4,61 orang di perdesaan. Sedangkan rata-rata jumlah anggota rumah tangga tidak miskin pada tahun yang sama sebesar 3,79 orang, di mana tercatat 3,86 orang di perkotaan dan 3,74 orang di perdesaan. Indikasi ini membuktikan bahwa rata-rata jumlah anggota rumah tangga miskin lebih tinggi dibandingkan dengan rumah tangga tidak miskin. Tampak pula bahwa rata-rata jumlah anggota rumah tangga miskin dan tidak miskin di perkotaan relatif sama dengan di perdesaan. Data SDKI 2007 (setelah dikoreksi) juga menunjukkan bahwa rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh perempuan miskin lebih tinggi dibandingkan perempuan yang lebih kaya, yaitu 3,0 (kuartil 1) dibandingkan 2,5 (kuartil 4). TFR pada perempuan dengan pendidikan tidak

tamat SD juga lebih tinggi (2,8) dibandingkan dengan perempuan dengan tingkat pendidikan tamat SMP (2,5). Selanjutnya, median usia kawin pertama pada perempuan di kuintil 1 lebih rendah (18,7 tahun) dibandingkan dengan kuintil 5 (21,9 tahun). Beratnya beban pada rumah tangga miskin menyebabkan terhambatnya peluang anak dari keluarga miskin untuk melanjutkan pendidikan dan pelayanan gizi dan kesehatan. Seringkali anak-anak tersebut harus bekerja untuk membantu membiayai kebutuhan keluarganya.

Anak-anak yang kurang mendapatkan pendidikan dan gizi yang layak tersebut pada akhirnya akan menjadi calon-calon orangtua dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan rendah, yang kemudian akan menghasilkan anak-anak dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan yang rendah pula. Pada akhirnya, kelompok miskin tersebut akan tidak pernah lepas dari lingkaran kemiskinan.

Tabel 4: Karakteristik Sosial Demografi Penduduk Miskin, 2008

Karakteristik Rumah tangga/Daerah	Miskin	Tidak Miskin
1.Rata-rata jumlah anggota rumah tangga :		
- Perkotaan (K)	4,70	3,86
- Perdesaan (D)	4,61	3,74
- Perkotaan+Perdesaan (K+D)	4,64	3,79
2.Persentase Wanita sebagai Kepala Rumah tangga :		
- Perkotaan (K)	14,18	14,15
- Perdesaan (D)	12,30	13,03
- Perkotaan+Perdesaan (K+D)	12,91	13,52
3.Rata-rata lama sekolah kepala rumah tangga (tahun):		
- Perkotaan (K)	5,19	9,06
- Perdesaan (D)	4,06	5,78
- Perkotaan+Perdesaan (K+D)	4,40	7,23

Sumber: BPS, 2008

Hasil Analisis Kemiskinan (BPS, 2008) menunjukkan bahwa persentase perempuan kepala rumah tangga miskin pada tahun 2008 mencapai 12,91 persen, sedangkan pada kelompok rumah tangga tidak miskin tercatat 13,52 persen. Di samping itu, kecenderungan persentase wanita sebagai kepala rumah tangga di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan baik pada kelompok rumah tangga miskin maupun rumah tangga tidak miskin. Selanjutnya, rata-rata lama sekolah kepala rumah tangga miskin lebih pendek dibandingkan dengan kepala rumah tangga tidak miskin, yaitu 4,40 tahun dibandingkan dengan 7,23 tahun. Sementara itu, rata-rata lama sekolah yang dijalani kepala rumah tangga miskin di perkotaan lebih lama dibandingkan dengan di perdesaan, yaitu sebesar 5,19 tahun dibandingkan dengan 4,06 tahun. rendahnya tingkat pendidikan kepala rumah tangga menyebabkan rendahnya peluang mereka untuk meningkatkan taraf hidup keluarganya.

Kualitas pola pendidikan dari orangtua ke anak juga rendah. Oleh karena itu kebijakan pemerintah diarahkan pada upaya pengendalian kuantitas penduduk, khususnya pada kelompok miskin, yaitu dengan memberikan alat dan obat kontrasepsi gratis.

2.3. Metode Kontrasepsi dan Alat/Obat Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya itu dapat bersifat sementara dan dapat pula bersifat permanen. Kontrasepsi mencegah terjadinya pembuahan dengan cara, alat, dan obat-obatan tertentu. Dalam SDKI, cara kontrasepsi terbagi menjadi cara tradisional dan cara modern. Cara tradisional meliputi pantang berkala, senggama terputus, dan lainnya seperti pijat dan jamu, sementara cara modern meliputi penggunaan IUD, susuk KB/implant, sterilisasi pria/Medis Operasi Pria, sterilisasi wanita/Metode Operasi Wanita, suntikan, pil, dan kondom. Sampai saat ini belum ada suatu cara kontrasepsi yang 100 persen ideal. Suatu cara kontrasepsi dapat dikatakan ideal apabila (1) pemakaiannya aman dan dapat dipercaya; (2) harganya murah dan terjangkau oleh masyarakat; (3) alokon dapat diterima oleh pasangan suami istri; (4) tidak memerlukan motivasi terus menerus; (5) tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya; (6) cara penggunaannya sederhana; dan (7) efek samping yang merugikan minimal. Berikut adalah beberapa alat dan obat kontrasepsi cara modern dengan berbagai manfaat, efek samping, dan cara kerjanya.

Tabel 5: Jenis Alat dan Obat Kontrasepsi, Manfaat dan Efek Samping yang Ditimbulkan

Metode Kontrasepsi	Jenis Alat dan Obat Kontrasepsi	Kelebihan dan Manfaat	Kerugian dan Efek Samping	Keterangan
Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)	<i>Intraurine Device</i> /Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) berupa: IUD progesterone dan IUD berisi tembaga (T)	1. Tahan lama sampai 8 tahun 2. Pemasangan dan pencabutannya murah dan mudah 3. Dipasangkan oleh dokter / bidan yang terlatih 4. Dapat dipasang di semua klinik KB pemerintah atau swasta 5. Tidak mengganggu hubungan suami istri 6. Tidak menghambat produksi ASI	1. Nyeri pada saat pemasangan 2. Sekret menjadi lebih banyak 3. Ekspulsi / IUD terlepas secara spontan 4. Nyeri / infeksi pelvik 5. Kejang rahim 6. Semaput, sehingga bisa terjadi bradikardia dan refleks vagal. 7. Spotting 8. Menoragia 9. Perforasi uterus 10. Endometritis	• IUD dipasangkan pada rahim / liang senggama wanita dari pasangan usia subur yang sedang menstruasi / tidak sedang hamil • Mencegah kehamilan dengan mempengaruhi pergerakan sperma atau implantasi sel telur yang telah dibuahi dalam dinding rahim • Pengawasan ginekologik terhadap akseptor AKDR dilakukan 1 minggu dan 1 bulan sesudah pemasangan, kemudian setiap 3 bulan • Efektifitas IUD bentuk T = 99 %, IUD Progesterone = 97 %

Metode Kontrasepsi	Jenis Alat dan Obat Kontrasepsi	Kelebihan dan Manfaat	Kerugian dan Efek Samping	Keterangan
	Implant/susuk KB/Alat kontrasepsi bawah lengan (AKBK)	1. Rasa nyaman 2. Jangka waktu pemakaian lama (3 atau 5 tahun) 3. Pemasangan dan pencabutannya murah dan mudah 4. Dapat dipasang di semua klinik KB pemerintah atau swasta 5. Tidak menghambat produksi ASI 6. Kesuburan segera kembali setelah implan dicabut 7. Mengurangi nyeri haid dan mengurangi jumlah darah haid 8. Mengurangi/memperbaiki anemia 9. Mencegah kanker rahim, kanker endometrium, dan radang panggul	1. Gangguan pola menstruasi 2. Hematoma/pembekakan dan nyeri 3. Pening/pusing kepala, perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan 4. Peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual-mual 5. Harus dipasang oleh dokter/bidan terlatih 6. Pemakai tidak dapat menghentikan pemakainnya sendiri 7. Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan 8. Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual dan AIDS 10. Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 wanita)	• Alat Kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam. • Berbentuk kapsul silastik (lentur), panjangnya sedikit lebih pendek daripada batang korek api. • Implan mengandung progesteron yang akan terlepas secara perlahan dalam tubuh • Mengentalkan lender serviks, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, dan menekan ovulasi • 99 % sangat efektif (kegagalan 0,2 - 1 kehamilan per 100 perempuan) • Efektifitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis atau obat epilepsi
	Medis Operasi Pria (MOP)/Vasektomi	1. Alat kontrasepsi seumur hidup 2. Tidak mengganggu produksi hormon 3. Praktis, murah, dan mudah 4. Tidak mengganggu hubungan seksual	Rasa nyeri pada bekas operasi	• Saluran vas deferens yang berfungsi mengangkut sperma dipotong dan diikat sehingga aliran sperma dihambat tanpa mempengaruhi jumlah cairan semen. Jumlah sperma hanya 5 % dari cairan ejakulasi. Cairan semen diproduksi dalam vesika seminalis dan prostat sehingga tidak akan terganggu oleh vasektomi. • Diutamakan bagi pria PUS yang telah memiliki anak dua orang atau lebih. Harus memperoleh izin dari pasangan • Efektifitas MOP > 99 %
	Medis Operasi Wanita (MOW)/Tubektomi	1. Alat kontrasepsi seumur hidup 2. Tidak bersifat hormonal 3. Praktis, murah, dan mudah 4. Tidak mengganggu hubungan seksual 5. Tidak menghambat produksi ASI	1. Tidak menstruasi 2. Rasa nyeri pada bekas operasi	• Merupakan tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan memiliki keturunan lagi • Dilakukan melalui operasi kecil dan diutamakan

Metode Kontrasepsi	Jenis Alat dan Obat Kontrasepsi	Kelebihan dan Manfaat	Kerugian dan Efek Samping	Keterangan
				bagi ibu PUS yang telah memiliki dua anak atau lebih dan harus mendapat izin dari pasangan • Efektifitas MOW > 99 %
Metode Kontrasepsi Jangka Pendek	Suntikan	1. Dapat menurunkan anemia 2. Mengurangi resiko kanker rahim. 3. Aman digunakan setelah melahirkan dan saat menyusui 4. Mengurangi kram saat menstruasi 5. Tidak mengganggu aktivitas seksual	1. Suntik rutin 1 atau 3 bulanan 2. Gangguan haid 3. Spotting 4. Gangguan emosional 5. Perubahan gairah seks 6. Timbul jerawat 7. Perubahan berat badan 8. kandungan mineral tulang berkurang	• Alat kontrasepsi bersifat hormonal mengandung progesterone dan estrogen • Disuntikkan pada panggul perempuan PUS saat sedang tidak hamil • Cara kerja sama dengan pil • 99 % efektif mencegah kehamilan
	Pil	1. Mengurangi risiko kanker uterus, ovarium serta radang panggul 2. Mengurangi sindroma pra menstruasi, jerawat, perdarahan, anemia, kista ovarium, dan nyeri payudara 3. Memperbaiki siklus menstruasi 4. Tidak mengganggu aktifitas seksual.	1. Harus diminum setiap hari 2. Tekanan darah tinggi, penyakit hati, penyakit kandung empedu (jarang terjadi) 3. Mual dan pusing, gangguan emosional 4. Gangguan pola menstruasi 5. Pendarahan saat mens 6. Mengganggu produksi ASI 7. Pertambahan berat badan 8. Penurunan gairah seksual 9. Alopesia dan Melasma 10. Gangguan kulit	• Menghasilkan hormon estrogen dan progesterone buatan, yang cara kerjanya menyerupai hormon alami yang diproduksi oleh tubuh setiap bulan. Estrogen akan mencegah produksi sel telur (ovum) dari ovarium, sehingga pembuahan tidak terjadi • 99 % efektif mencegah kehamilan
	Kondom (terbuat dari karet dan kulit domba)	1. Murah, mudah di dapat, tidak perlu resep dokter 2. Mudah di pakai sendiri . 3. Dapat mencegah penularan penyakit kelamin 4. Mudah di bawa dan digunakan sewaktu-waktu 5. Tidak membebani istri	1. Pada sejumlah kecil kasus terdapat reaksi alergik terhadap kondom karet 2. Tidak perlu pengawasan medis	• Alat kontrasepsi yang terbuat dari karet dan digunakan oleh pria • Kondom menghalangi masuknya sperma ke dalam rahim sehingga pembuahan dapat dicegah • 80 – 90 % efektif mencegah kehamilan

BAB III

SASARAN, KEBIJAKAN, PROGRAM, DAN KEGIATAN

3.1. Sasaran, Arah Kebijakan, Program, dan Kegiatan Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005-2009

Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Kecil Berkualitas tertuang di dalam Bab 29 RPJMN 2004-2009 (Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005). Sasaran/outcome pembangunan kependudukan dan KB yang terkait dengan pelayanan KB bagi masyarakat miskin terdapat pada sasaran pertama, yaitu terkendalinya pertumbuhan penduduk dan meningkatnya keluarga kecil berkualitas, yang ditandai dengan:

1. menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun;
2. menurunnya tingkat fertilitas total menjadi sekitar 2,2 per perempuan;
3. menurunnya persentase pasangan usia subur yang tidak terlayani (*unmet need*) menjadi 6 persen;
4. meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen;
5. meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang efektif serta efisien;
6. meningkatnya usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun;
7. meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh-kembang anak;
8. meningkatnya jumlah Keluarga Pra-Sejahtera dan Keluarga Sejahtera-I yang aktif dalam usaha ekonomi produktif; dan
9. meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

Untuk mencapai sasaran-sasaran di atas, output yang harus dicapai setiap tahun dijabarkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP 2005–2009), khususnya yang terkait langsung dengan pelayanan KB bagi masyarakat miskin sebagaimana tertuang pada Tabel 6.

Tabel 6: Sasaran Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin di dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005 - 2009

RPJMN 2004-2009	RKP 2005	RKP 2006	RKP 2007	RKP 2008	RKP 2009
• Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun; tingkat fertilitas total menjadi sekitar 2,2 per perempuan; persentase pasangan usia subur yang tidak terlayani (<i>unmet need</i>) menjadi 6 persen; • Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen; • Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang efektif serta efisien;	• Terlayannya dan terlindunginya peserta KB aktif sebesar 28 juta pasangan usia subur (PUS), peserta KB baru sebesar 5,6 juta PUS; • Meningkatnya partisipasi laki-laki dalam ber-KB sebesar 700 ribu	• Meningkat-nya peserta KB aktif sekitar 28,6 juta dan peserta KB baru sekitar 5,6 juta; • Meningkat-nya partisipasi pria dalam ber-KB menjadi sekitar 2,7 persen dari CPR; • Menurunnya pasangan usia subur belum terlayani KB (<i>unmet need</i>) menjadi sekitar 7,4 persen.	• Meningkatkan jumlah pasangan usia subur (PUS) miskin sebagai peserta KB baru sekitar 2,7 juta; • Meningkatnya jumlah PUS miskin sebagai peserta KB aktif sekitar 12,2 juta; • Meningkatnya peserta KB aktif sekitar 28,6 juta dan peserta KB baru sekitar 5,7 juta; • Meningkatnya partisipasi pria dalam ber-KB menjadi sekitar 3,1 persen dari peserta KB aktif.	• Menurunkan TFR menjadi sekitar 2,17 anak per perempuan melalui penyediaan alat kontrasepsi; • Pembinaan peserta KB aktif sekitar 29,2 juta PUS dan peserta KB baru sekitar 6,0 juta PUS; • Pelayanan KB bagi sekitar 12,6 juta peserta KB aktif dan 2,9 juta peserta KB baru dari KPS dan KS-I; • Peningkatan partisipasi pria menjadi sekitar 3,6 persen; serta • Menurunkan <i>unmet need</i> menjadi sekitar 6,4 persen dari total PUS yang ada.	• Meningkatkan jumlah peserta KB aktif (PA) menjadi sekitar 30.1 juta dan terlayannya sekitar 6 juta peserta KB baru (PB); • Terbinanya sekitar 12.9 juta PA miskin dan terlayannya sekitar 2.9 juta PB miskin; • 70.000 tempat pelayanan KB memberikan promosi dan konseling, serta terciptanya sistem jaminan ketersediaan alat kontrasepsi (JKK) dan pembiayaan program KB terutama bagi rakyat miskin; dan • Meratanya jangkauan pelayanan KB ke seluruh desa/ kelurahan terutama bagi daerah galciltas

Kebijakan pembangunan untuk mencapai sasaran tersebut di atas diarahkan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk serta meningkatkan keluarga kecil berkualitas dengan:

1. mengendalikan tingkat kelahiran penduduk melalui upaya memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin dan rentan serta daerah terpencil; peningkatan komunikasi, informasi, dan edukasi bagi pasangan usia subur tentang kesehatan reproduksi;
2. melindungi peserta keluarga berencana dari dampak negatif penggunaan alat dan obat kontrasepsi;
3. meningkatkan kualitas penyediaan dan pemanfaatan alat dan obat kontrasepsi dan peningkatan pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif serta efisien untuk jangka panjang.
4. meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi remaja dalam rangka menyiapkan kehidupan berkeluarga yang lebih baik, serta pendewasaan usia perkawinan melalui upaya peningkatan pemahaman kesehatan reproduksi remaja; penguatan institusi masyarakat dan pemerintah yang memberikan layanan kesehatan reproduksi bagi remaja; serta pemberian konseling tentang permasalahan remaja;
5. meningkatkan pemberdayaan dan ketahanan keluarga dalam kemampuan pengasuhan dan penumbuhkembangan anak, peningkatan pendapatan keluarga khususnya bagi KPS dan KS-I, peningkatan kualitas lingkungan keluarga; dan
6. memperkuat kelembagaan dan jejaring pelayanan KB bekerjasama dengan masyarakat luas, dalam upaya pengendalian jumlah dan laju pertumbuhan penduduk dan pembudayaan keluarga kecil berkualitas.

Selanjutnya, arah kebijakan di dalam RKP 2005 – 2009 yang terkait langsung dengan pelayanan KB bagi masyarakat miskin adalah sebagai berikut:

Tabel 7: Arah Kebijakan Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin di dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005 - 2009

RPJMN 2004-2009	RKP 2005	RKP 2006	RKP 2007	RKP 2008	RKP 2009
• Mengendalikan tingkat kelahiran penduduk melalui upaya memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin dan rentan serta daerah terpencil; peningkatan komunikasi, informasi, dan	• Peningkatan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran dan memperkecil angka kematian; • Meningkatkan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin dan rentan,	• Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi bagi keluarga rentan, yaitu keluarga miskin, pendidikan rendah, terpencil, dan tidak	• Meningkatkan akses informasi dan kualitas pelayanan keluarga berencana bagi keluarga dalam merencanakan kehamilan dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan,	• Penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam Program KB dan KR antara lain melalui peran serta Tokoh Agama/Masyarakat (Toga/Toma) dan Pembantu Pembina KB Desa (PPKBD); • Pengadaan sarana	• Penjaminan ketersediaan kontrasepsi dan pelayanan program bagi seluruh peserta KB, khususnya dalam pemberian kontrasepsi gratis bagi keluarga Pra-S dan KeluargaS –I atau keluarga miskin lainnya serta peningkatan

RPJMN 2004-2009	RKP 2005	RKP 2006	RKP 2007	RKP 2008	RKP 2009
edukasi bagi pasangan usia subur tentang kesehatan reproduksi; • Melindungi peserta keluarga berencana dari dampak negatif penggunaan alat dan obat kontrasepsi; • Peningkatan kualitas penyediaan dan pemanfaatan alat dan obat kontrasepsi dan peningkatan pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif serta efisien untuk jangka panjang.	termasuk keluarga Pra-Sejahtera dan Keluarga Sejahtera I;	terdaftar; • Meningkatkan akses pria terhadap informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.	khususnya bagi keluarga rentan, yaitu keluarga miskin, pendidikan rendah, terpencil, dan tidak terdaftar; • Meningkatkan akses pria terhadap informasi, konseling, dan pelayanan keluarga berencana;	operasional pelayanan dan KIE Program KB; • Pemenuhan pembiayaan Program KB di/oleh berbagai tingkatan pemerintahan.	kesertaan KB pria. (Kegiatan pelayanan KB bagi penduduk miskin ini merupakan bagian dari upaya penanggulangan kemiskinan yang tertuang dalam bab 15); • Peningkatan akses informasi dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dalam merencanakan kehamilan serta meningkatkan status kesehatan perempuan dan anak untuk mewujudkan keluarga sehat dengan jumlah anak yang ideal.

Arah kebijakan tersebut dijabarkan ke dalam program dan kegiatan pembangunan kependudukan dan KB. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin dan rentan dilaksanakan melalui Program KB. Program ini bertujuan untuk memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, termasuk di dalamnya upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas. Program dan kegiatan yang terkait langsung dengan pelayanan KB bagi masyarakat miskin yang dilaksanakan selama periode 2004–2009 baik di dalam RPJMN maupun RKP dapat dilihat pada matriks sebagai berikut.

Tabel 8: Program dan Kegiatan Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin di dalam RPJMN 2004-2009 dan RKP 2005 - 2009

RPJMN 2004-2009	RKP 2005	RKP 2006	RKP 2007	RKP 2008	RKP 2009
Program KB Kegiatan-kegiatan pokok meliputi: • Peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi; • Peningkatan penggunaan kontrasepsi yang efektif dan efisien melalui penyediaan sarana dan prasarana pelayanan kontrasepsi mantap dan berjangka panjang yang lebih terjangkau dan merata di seluruh wilayah Indonesia; • Penyediaan alat, obat dan cara kontrasepsi dengan memprioritaskan keluarga miskin serta kelompok rentan lainnya; dan • Penyelenggaraan promosi dan pemenuhan hak-hak dan kesehatan reproduksi termasuk advokasi, komunikasi, informasi, edukasi, dan konseling.	Program KB Kegiatan-kegiatan pokok meliputi: • Memberikan pelayanan KB dan menyediakan alat/obat, termasuk kontrasepsi mantap laki-laki dan perempuan bagi keluarga miskin, serta kelompok rentan lainnya; • Meningkatkan kualitas dan jangkauan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi melalui pelayanan klinik KB pemerintah, tim KB keliling (TKBK), pelayanan KB swasta serta peningkatan sarana operasional lapangan termasuk pencabutan implant dan perlindungan penerima layanan KB; • Menyelenggarakan promosi dan pemenuhan hak-hak dan kesehatan reproduksi termasuk advokasi, KIE, dan konseling bidang KB, kelangsungan hidup ibu, bayi, dan anak, serta penanggulangan masalah-masalah kesehatan reproduksi.	Program KB Kegiatan-kegiatan pokok meliputi: • Perluasan jangkauan pelayanan termasuk melalui pelayanan Tim KB Keliling (TKBK); • Pelayanan KB pria termasuk tentang informasi, konseling, dan pelayanan KB/KR; • Pelayanan KIE, advokasi, dan KIP/konseling dalam pelayanan KB termasuk pengembangan materi, media dan perluasan cakupan; • Pelayanan kontrasepsi yang efektif dan efisien (keseimbangan pelayanan kontrasepsi hormonal dan non-hormonal); • Penyediaan alat kontrasepsi dan pelayanan KB Medis Operasi; dan • Pelayanan pencabutan implan dan perlindungan bagi penerima pelayanan KB.	Program KB Kegiatan-kegiatan pokok meliputi: • Jaminan penyediaan pelayanan KB dan alat kontrasepsi bagi keluarga miskin; • Pelayanan KIE; • Peningkatan perlindungan hak reproduksi individu	Program KB Kegiatan-kegiatan pokok meliputi: • Jaminan pelayanan KB berkualitas bagi rakyat miskin • Pelayanan konseling KIE KB • Peningkatan Perlindungan hak-hak reproduksi individu	Program KB Kegiatan-kegiatan pokok meliputi: • Jaminan pelayanan KB berkualitas bagi rakyat miskin (sebesar Rp 500 M digunakan untuk pelayanan KB bagi masyarakat miskin dan tercantum dalam bab 15). • Pelayanan KIE Program KB; • Peningkatan kualitas pelayanan KB.

Selain itu, layanan KB bagi masyarakat miskin juga tertuang di dalam Bab 16 (kemiskinan) RPJMN 2004-2009. Pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin menjadi salah satu program dan kegiatan penanggulangan kemiskinan sebagai wujud dari upaya pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan bagi masyarakat rentan.

3.2. Kebijakan Dana Alokasi Khusus Bidang KB

Dengan adanya desentralisasi dan otonomi daerah, komitmen daerah terhadap pembangunan kependudukan dan KB menurun. Hal ini antara lain ditandai dengan kurang tersedianya sarana dan prasarana untuk layanan KB. Oleh sebab itu, untuk kembali menggiatkan pembangunan kependudukan dan KB tersebut, sejak tahun 2008 dikeluarkanlah kebijakan dana alokasi khusus (DAK) KB. Dana Alokasi Khusus dialokasikan kepada daerah tertentu untuk mendanai kegiatan khusus, yang terkait dengan fisik (sarana dan prasarana layanan KB), dan merupakan bagian dari program yang menjadi prioritas nasional (pasal 51 Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 Tentang Dana Perimbangan). DAK KB diprioritaskan untuk daerah-daerah (kabupaten/kota) yang memiliki kepadatan penduduk tinggi, pencapaian KB masih rendah, fertilitas tinggi, persentase KPS dan KS-I tinggi, serta jumlah keluarga yang besar.

Dengan adanya kebijakan DAK KB tersebut, ketidaktersediaan sarana dan prasarana layanan KB di daerah dapat diatasi. Sarana dan prasarana tersebut antara lain adalah Muyen, Mupen, sepeda motor, gudang alokon, dan sarana KIE lainnya. Pengadaan Muyen KB memungkinkan melakukan pelayanan KB di daerah-daerah yang secara geografis sulit dijangkau. Pengadaan sepeda motor untuk meningkatkan mobilitas petugas lapangan KB, serta Mupen menjadikan proses komunikasi, edukasi, dan informasi KB lebih efektif. Masyarakat miskin yang pada umumnya memiliki keterbatasan akses terhadap KB dan kesehatan reproduksi menjadi terlayani program KB.

Tabel 9: Persandingan Kebijakan Pembangunan KKB dengan DAK KB 2008-2009

Kebijakan Pembangunan KKB dalam RPJMN 2010-2014	Kebijakan Umum DAK KB	Kegiatan DAK KB 2008 - 2009
- Mengendalikan tingkat kelahiran penduduk melalui upaya memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin dan rentan serta daerah terpencil; peningkatan komunikasi, informasi, dan edukasi bagi pasangan usia subur tentang kesehatan reproduksi; - Melindungi peserta keluarga berencana dari dampak negatif penggunaan alat dan obat kontrasepsi; - Peningkatan kualitas penyediaan dan pemanfaatan alat dan obat kontrasepsi dan peningkatan pemakaian kontrasepsi yang lebih efektif serta efisien untuk jangka panjang.	Peningkatan daya jangkau dan kualitas penyuluhan, pergerakan dan pembinaan program KB tenaga lini lapangan	sepeda motor, <i>notebook</i> .
	Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan komunikasi informasi dan edukasi KB	Mupen, <i>Public Address</i> , KIE Kit
	Peningkatan sarana dan prasarana fisik pelayanan KIE Program KB	Sarana klinik (<i>Implant kit</i> , IUD Kit, <i>Obgyn bed</i> , Muyen, Gudang Alokon
	Peningkatan sarana pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak	BKB Kit

3.3. Perencanaan Kebutuhan Alat/Obat Kontrasepsi

Perencanaan kebutuhan alat/obat kontrasepsi telah tertuang di dalam Petunjuk Pelaksanaan Perencanaan Kebutuhan Alat/Obat Kontrasepsi dan Nonkontrasepsi Program KB Nasional (BKKBN, 2008). Perencanaan kebutuhan alat/obat kontrasepsi setiap tahun dilaksanakan dengan cara perhitungan yang didasarkan pada data sasaran kesertaan ber-KB meliputi permintaan partisipasi masyarakat (PPM) baik peserta KB baru maupun peserta KB aktif menggunakan rumusan-rumusan tertentu serta data stock kontrasepsi di gudang pada bulan terakhir. Tugas masing-masing pihak yang terlibat perencanaan kebutuhan alokon meliputi:

a. BKKBN pusat

- 1) Kepala bagian perencanaan kebutuhan melakukan koordinasi dengan komponen dan bagian terkait untuk memperoleh data dan informasi mengenai angka PPM PA dan PPM PB tahun depan, data stock kontrasepsi di gudang bulan terakhir.
- 2) Kepala bagian perencanaan kebutuhan dan bagian terkait menyusun perkiraan kebutuhan kontrasepsi tahun depan dengann berbagai alternatif dan analisa kecukupan kontrasepsi saat ini dan yang akan datang.

- 3) Kepala bagian perencanaan dan kebutuhan mengajukan kepada kepala biro perlengkapan dan perbekalan beberapa alternatif prakiraan kebutuhan kontrasepsi tahun depan.
- 4) Kepala bagian perencanaan kebutuhan mengajukan kepada kepala biro perlengkapan dan perbekalan, hasil analisa kecukupan kontrasepsi saat ini dan yang akan datang.

b. BKKBN provinsi

- 1) Sekretaris BKKBN provinsi bersama staf yang kompeten menyusun perencanaan kebutuhan kontrasepsi.
- 2) Sekretaris BKKBN provinsi bersama staf melakukan analisis kondisi stock kontrasepsi di wilayahnya.
- 3) Sekretaris BKKBN provinsi mengajukan hasil analisis dan rencana kebutuhan kontrasepsi kepada Kepala BKKBN Provinsi.

c. Satuan Kerja Perangkat Daerah/SKPD KB Kabupaten/Kota

- 1) Kepala bagian tata usaha SKPD/Organisasi Perangkat Daerah (OPD) KB bersama staf melakukan analisa kebutuhan kontrasepsi di wilayahnya.
- 2) Kepala bagian tata usaha SKPD/OPD KB bersama staf melakukan koordinasi untuk memperoleh angka stock alokon bulanan.
- 3) Kepala bagian tata usaha SKPD/OPD KB bersama staf menyusun rencana kebutuhan kontrasepsi di wilayahnya serta mengajukan kepada kepala SKPD KB di wilayahnya selanjutnya kepala SKPD KB kabupaten/kota mengirinkan usulan kebutuhan kontrasepsi kepada BKKBN provinsi yang bersangkutan.

Dalam merencanakan kebutuhan alokon, perlu mempertimbangkan 6 tepat sesuai prinsip manajemen logistik agar kebutuhan barang yang direncanakan dapat semaksimal mungkin memenuhi permintaan sasaran. Keenam prinsip tersebut meliputi:

- **Tepat Kuantitas:** perencanaan kebutuhan didasarkan pada jumlah yang tepat sesuai dengan permintaan klien yang menjadi sasaran program sehingga dapat dihindari kelebihan atau kekurangan dari jumlah yang dibutuhkan.
- **Tepat Jenis:** perencanaan kebutuhan didasarkan pada jenis barang yang tepat sesuai dengan permintaan klien yang menjadi sasaran program sehingga jenis barang yang diadakan dapat dimanfaatkan semaksimal mungkin.

Penjelasan gambar:

- a) BKKBN pusat melaksanakan pengadaan alokon kemudian mendistribusikannya ke BKKBN provinsi. Pengadaan alokon didasarkan pada besarnya perkiraan permintaan masyarakat dan ketersediaan stock alokon;
- b) BKKBN provinsi melanjutkan distribusi alokon ke setiap kabupaten/kota. Di era otonomi, kewenangan BKKBN berhenti sampai dengan distribusi alokon ke kabupaten/kota;
- c) Kabupaten/kota menyalurkan kontrasepsi ke puskesmas di wilayah masing-masing menggunakan pengangkutan ekspedisi;
- d) Kabupaten/kota dapat pula menyalurkan alokon ke klinik, LSM/organisasi profesi, RS swasta, Bidan Praktek Swasta /BPS, Dokter Praktek Swasta/DPS khusus untuk IUD dan kondom, sedangkan kontrasepsi lainnya dapat diberikan apabila pelayanan ditujukan bagi KPS dan KS-I;
- e) Puskesmas menyalurkan ke puskesmas pembantu, puskesmas desa/polindes, dan Pos Pembina KB Desa (PPKBD). Untuk puskesmas pembantu dan polindes diberikan alokon IUD, suntik, implant, pil, dan kondom yang diberikan kepada akseptor KB baru dan aktif/ulang dari KPS dan KS-I, sementara untuk PPKBD hanya diberikan alokon jenis pil dan kondom untuk peserta KB aktif dari KPS dan KS-I;
- f) Untuk distribusi alokon dari swasta, kabupaten/kota hanya mendistribusikan alokon ke RS, RS swasta, LSM, KB swasta, organisasi profesi, dan dokter/bidan swasta.

3.5. Bentuk Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi

Di dalam panduan pelaksanaan pelayanan KB dan KS bagi penduduk miskin (BKKBN, 2005) disebutkan bahwa bentuk pelayanan KB dan KR harus menjaga prinsip-prinsip pelayanan yang berkualitas agar tercapai kepuasan pada akseptor dan memberikan dampak demografis yang optimal. Prinsip-prinsip tersebut antara lain mencakup: (a) tercapainya tujuan *informed choice*; (b) tersedianya alat dan obat di tempat pelayanan sesuai prinsip kaffetaria dan pemberian secara rasional; (c) petugas yang mempunyai kompetensi medis dan kemampuan konseling cukup memadai; (d) tempat dan konstelasi pelayanan yang memenuhi kriteria pelayanan bermutu; (e) tindakan rujukan bisa dilakukan apabila terjadi efek samping, komplikasi, dan kegagalan penggunaan kontrasepsi; dan (f) menjamin tindakan *follow up* yang diperlukan dapat dilakukan di tempat yang sama atau di tempat rujukan.

3.5.1. Bentuk Pelayanan

- **Pelayanan Statis**

Merupakan pelayanan yang diberikan di tempat pelayanan yang menetap, misalnya di puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, rumah sakit, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan TNI, Polri, swasta, dan LSOM.

- **Pelayanan Tim Mobil**

Pelayanan tim mobil dilaksanakan oleh tim mobil yang terdiri dari unsur BKKBN, dinas kesehatan, Organisasi Profesi maupun TNI, Polri untuk menjangkau sasaran di tempat terdekat dengan tempat tinggal akseptor. Pelayanan mobil diprioritaskan pada daerah yang secara geografis sulit dijangkau dan aksesibilitas ke tempat pelayanan statis rendah dan minimal.

3.5.2. Moment Pelayanan

- **Pelayanan Rutin**

Pemenuhan permintaan masyarakat terhadap pelayanan KB dan KR tersebut dapat dilaksanakan pada semua unit pelayanan yang ada secara berjenjang sejak di tingkat bawah sampai pada tingkat layanan yang paripurna.

- **Pelayanan pada Momentum Strategis**

Merupakan bentuk pelayanan yang dilakukan pada kegiatan momentum strategis dan bersifat nasional dan lokal. Di tingkat nasional pelayanan tersebut adalah pelayanan yang berkaitan dengan bulan bakti, PKK, IBI, TNI, Polri dan kegiatan peringatan Hari keluarga Nasional, hari kependudukan Sedunia, dan Hari kesehatan. Pada tingkat lokal dapat dikaitkan dengan kejadian penting di daerah, misalnya dalam rangka peringatan hari jadi provinsi atau kabupaten/kota tertentu.

- **Pelayanan Khusus**

Merupakan bentuk pelayanan yang dilaksanakan pada sasaran khusus misalnya penduduk miskin yang tidak punya tempat tinggal khusus seperti yang bertempat tinggal di daerah kumuh, pengungsian, daerah konflik, dan lain-lain.

3.6. Pembiayaan

Pelayanan KB dan KR bagi penduduk miskin merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, sehingga pada prinsipnya pelayanan KB dan

KR harus disediakan secara gratis. Kebijakan pemberian pelayanan KB dan KR secara gratis kepada penduduk miskin atau kepada wilayah yang dinilai sangat miskin harus terintegrasi dengan pelayanan kesehatan. Pembiayaan pelayanan KB dan KR bagi penduduk miskin harus mencakup pula pembiayaan operasional pelayanan dan pengadaan alat dan obat kontrasepsi. Di tingkat pusat, biaya pengadaan alokon dapat bersumber dari pinjaman dan hibah luar negeri, APBN, dan mitra kerja (proporsinya relatif kecil). Di tingkat provinsi, pengadaan alokon bersumber dari APBN dan APBD.

3.7. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

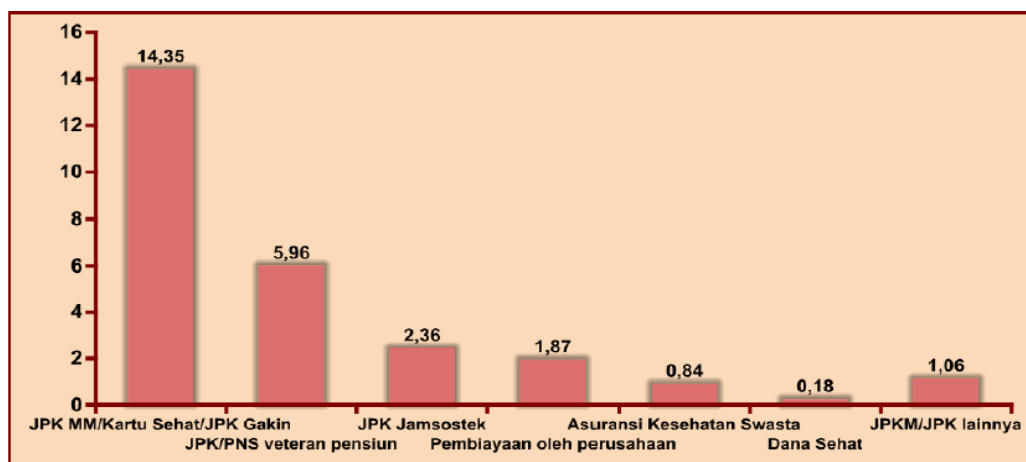
Di dalam pendahuluan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 h dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, disebutkan bahwa setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan. Setiap individu, keluarga, dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar hak hidup sehat bagi penduduknya terpenuhi tak terkecuali bagi penduduk miskin dan tidak mampu, termasuk di dalamnya gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis, dan penyakit kusta. Untuk menjamin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui pemerataan dan peningkatan mutu upaya kesehatan serta pengendalian pembiayaan kesehatan, pasal 66 UU No. 23/1992 telah menetapkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang terpadu dengan pembiayaannya. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) merupakan konsep atau metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (preventif, promotif, rehabilitatif, dan kuratif) berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya. Badan pelaksana JPKM dapat berupa badan usaha milik pemerintah ataupun swasta. Saat ini badan penyelenggaraan JPKM milik pemerintah adalah PT. Askes dan PT. Jamsostek, sementara Badan penyelenggara JPKM swasta sudah banyak sekali berkembang.

Selanjutnya, untuk memberikan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin dan tidak mampu membayar dengan sistem asuransi, pemerintah mengembangkan upaya pemeliharaan kesehatan bagi penduduk miskin yang dimulai sejak tahun 2008. Pemerintah mengembangkan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998–2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001, dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS–BBM) tahun 2002–2004.

Bersamaan dengan itu, amandemen keempat UUD 1945 pasal 34 ayat 2 tahun 2002 mengamanatkan bahwa negara diberi tugas untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Hal ini ditindaklanjuti dengan disahkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang tersebut menjadi landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan sosial yang dimaksud di dalam Undang-Undang SJSN berupa perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak, termasuk di antaranya adalah kesehatan. Namun, sampai saat ini aturan pelaksanaan sistem jaminan sosial yang diamanatkan dalam undang-undang tersebut belum tersedia.

Pada Tahun 2005, pemerintah meluncurkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang dikenal dengan nama program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Penyelenggara program adalah PT Askes (Persero), yang ditugaskan Menteri Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 Tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin. Program ini merupakan bantuan sosial yang diselenggarakan dalam skema asuransi kesehatan sosial. Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraannya. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama program tersebut juga berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Grafik 2: Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2007



Sumber : Profil Kesehatan 2008

Program Jamkesmas berbentuk bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dan diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Kegiatan yang dilaksanakan dalam Program Jamkesmas meliputi (1) pembinaan, pengembangan pembiayaan dan jaminan pemeliharaan kesehatan; (2) pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin; dan (3) pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin.

Pada tahun 2008 dan 2009 jumlah sasaran Program Jamkesmas adalah sebesar 19,1 juta RTM, 18,8 keluarga miskin, atau sekitar 76,4 juta jiwa meningkat dari jumlah sasaran pada tahun sebelumnya sebesar 36,4 juta orang (2005). Data BPS tahun 2006 menjadi dasar penetapan peserta Jamkesmas oleh Menteri Kesehatan RI. Peserta program Jamkesmas adalah setiap orang miskin yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan jumlah sasaran nasional tersebut Menteri Kesehatan (Menkes) membagi alokasi sasaran di setiap Kabupaten/Kota (Kuota Jamkesmas) berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Sasaran Jamkesmas di setiap kabupaten/kota belum dianggap sah apabila bupati/walikota belum menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dengan bentuk Keputusan Bupati/Walikota. Di dalam Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas (2008) disebutkan apabila kuota Jamkesmas melebihi alokasinya, maka masyarakat miskin menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Selanjutnya pada tahun 2010, sasaran program Jamkesmas diperluas kepada tiga kelompok sasaran baru yaitu orang miskin baru akibat tertimpa musibah bencana, orang miskin penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan di Rumah Tahanan (Rutan), orang-orang tua miskin yang tinggal di Panti Sosial, anak terlantar dan anak-anak yatim piatu yang tinggal di panti-panti asuhan. Jaminan kesehatan pada kelompok tersebut ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1185-SK-Menkes-XII-2009 tertanggal 13 Desember 2009 Tentang Penetapan Orang Miskin di Lapas-Rutan, Orang-orang Tua Miskin, Anak Terlantar dan Yatim Piatu di Panti-panti Sosial, serta Orang Miskin Akibat Bencana Dijamin oleh Jamkesmas.

Jaminan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin telah mampu meningkatkan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, namun belum sepenuhnya dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin akibat fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang masih belum memadai terutama untuk daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Sampai dengan tahun 2008, jumlah rumah sakit yang telah terlibat dalam pelayanan jaminan kesehatan masyarakat miskin (Jamkesmas) telah mencapai 70 persen dari jumlah rumah sakit, baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta.

Sehubungan dengan pelaksanaan Program KB, pelayanan kontrasepsi yang dapat diperoleh masyarakat miskin melalui program Jamkesmas antara lain adalah sebagai berikut (Pedoman Pelayanan Jamkesmas, 2008):

1. Pelayanan Kesehatan di puskesmas dan Jaringannya
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :
 - Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
2. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan di BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM:
 - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialisik, poliklinik spesialis, Rumah Sakit Pemerintah, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM meliputi:
 - Pelayanan KB, termasuk kontap efektif, kontap pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)

Selanjutnya, dalam pelaksanaannya, program Jamkesmas masih menghadapi berbagai kendala dan permasalahan yang meliputi:

1. Kepesertaan
 - b. belum semua Bupati/Walikota menetapkan data masyarakat miskin;
 - c. ketidaktepatan sasaran; dan
 - d. belum semua sasaran program mendapatkan kartu peserta.
2. Pelayanan Kesehatan
 - b. pemanfaatan program Jamkesmas oleh masyarakat miskin belum optimal sehubungan dengan terdapatnya penyalahgunaan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM);
 - c. sistem rujukan belum berjalan sesuai ketentuan; dan
 - d. belum optimalnya penggunaan obat generik.
3. Pendanaan
 - b. penyaluran dana ke rumah sakit belum lancar, termasuk keterlambatan pembayaran klaim ke rumah sakit;
 - c. masih tingginya pembiayaan kesehatan program kesehatan di rumah sakit di beberapa wilayah;
 - d. masih tingginya persentase pemberian obat di rumah sakit, mencapai 200 persen; dan
 - e. pemanfaatan dana yang tidak efisien.

BAB IV

HASIL DAN ANALISIS

4.1. Tantangan Penyerasian Konsep Kemiskinan antara BPS dan BKKBN

Mencermati konsep kemiskinan, metode pengukuran tingkat kemiskinan, dan indikator penentu kemiskinan yang digunakan oleh BPS dan BKKBN, maka dapatlah disimpulkan beberapa perbedaan dan persamaannya. BPS melakukan pendataan sosial ekonomi pada tahun 2005 dan pendataan program perlindungan sosial pada tahun 2008 untuk mendapatkan data mikro kemiskinan yang berguna untuk perencanaan program-program perlindungan sosial dan program pengentasan kemiskinan. Sementara itu, BKKBN melakukan survei pendataan keluarga setiap tahun (sudah dimulai sejak tahun 1994) untuk operasionalisasi program KB, yaitu antara lain untuk mengetahui jumlah PUS sasaran program KB dan untuk merencanakan jumlah alokasi beserta distribusinya. BPS melakukan survei terhadap rumah tangga miskin yang dapat terdiri dari beberapa keluarga miskin, sementara BKKBN melakukan survei terhadap keluarga. Meskipun mendatangi setiap rumah tangga miskin, BKKBN tidak menggunakan istilah rumah tangga di dalam pelaporannya.

Menurut BPS, kemiskinan diukur menggunakan 16 indikator terpilih. Berdasarkan ke-16 indikator tersebut, BPS melakukan survei dan menghitung jumlah rumah tangga, jumlah keluarga, dan jumlah penduduk. 16 indikator tersebut kemudian dibobot berdasarkan situasi dan kondisi budaya lokal setiap daerah. Hal ini dilakukan oleh BPS karena indikator yang dirasa paling berkontribusi menentukan tingkat kemiskinan bersifat heterogen dan tidak sama di setiap daerah, tergantung pada kondisi sosial, ekonomi, dan budaya lokal daerah tersebut. Berdasarkan pembobotan yang dilakukan, BPS mengklasifikasikan rumah tangga, keluarga, dan penduduk menjadi 3, sangat miskin, miskin, dan hampir miskin. Sasaran program Jamkesmas meliputi rumah tangga/keluarga yang tergolong sangat miskin, miskin, dan hampir miskin.

Sementara itu, BKKBN mengukur kemiskinan dengan menggunakan 1-14 indikator dari 21 indikator tahapan keluarga sejahtera. 14 indikator tersebut diklasifikasikan berdasarkan aspek pemenuhan kebutuhan dasar dan pemenuhan kebutuhan psikologis. BKKBN mengklasifikasikan keluarga miskin menjadi dua, yaitu KPS dan KS-I. Suatu keluarga akan dikelompokkan menjadi KPS apabila salah satu indikator dari aspek kebutuhan dasarnya tidak

terpenuhi dan akan dikelompokkan menjadi KS-I apabila salah satu indikator kebutuhan psikologisnya tidak terpenuhi. Indikator kemiskinan menurut BKKBN tersebut berlaku secara nasional tanpa memperhatikan kondisi sosial budaya masyarakat setempat. KPS dan KS-I tersebut kemudian menjadi sasaran pelayanan KB secara gratis termasuk pemberian alokasi di dalamnya.

Apabila membandingkan 16 indikator kemiskinan BPS dan 21 indikator tahapan keluarga sejahtera BKKBN (Tabel 10), dapat disimpulkan bahwa kedua instansi tersebut mengukur tingkat kemiskinan dalam suatu rumah tangga/keluarga berdasarkan pada faktor pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dalam hal ini adalah kebutuhan akan pangan, sandang, dan papan. Selain itu, penghasilan dan kemampuan suatu rumah tangga/keluarga untuk mendapatkan pelayanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan juga menjadi faktor yang sama-sama diukur untuk menentukan tingkat kemiskinan. Namun, jika mencermati lebih lanjut pada setiap indikator penentu tingkat kemiskinan di kedua instansi tersebut, ditemukan perbedaan yang cukup mendasar, yaitu pada indikator yang digunakan dan ukuran-ukuran dari setiap indikator tersebut. Persamaan dan perbedaan indikator dan ukuran yang digunakan dapat diamati lebih lanjut pada Tabel 10. BPS tidak mengukur kebutuhan yang sifatnya tidak nyata seperti pengetahuan agama dan ketaatan dalam beribadah, selain itu BPS juga tidak mengukur keterlibatan/partisipasi seseorang di dalam suatu organisasi dan kehidupan sosial bermasyarakat sebagai bentuk aktualisasi diri sebagaimana yang dilakukan oleh BKKBN. Sementara itu, perbedaannya dengan BPS, BKKBN tidak mengukur indikator yang sebenarnya termasuk pada kebutuhan mendasar seperti kebutuhan akan air minum dan sanitasi, kebutuhan akan sumber penerangan, dan kebutuhan akan bahan bakar, padahal indikator tersebut sangat merefleksikan kondisi sosial dan ekonomi suatu masyarakat.

Tabel 10: Persandingan Indikator Kemiskinan Menurut BPS dan BKKBN

No.	Indikator BPS	No.	Indikator BKKBN	Persamaan/Perbedaan
1	Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari	1	Makan dua kali sehari atau lebih	Mengukur aspek yang sama namun ada perbedaan ukuran.
	-	2	Memiliki pakaian yang berbeda	Indikator Berbeda
2	Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan	3	Rumah yang ditempati mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik	BKKBN tidak memiliki ukuran yang jelas, sementara BPS menyebutkan secara spesifik disesuaikan dengan budaya lokal daerah
3	Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester			
4	Jenis atap bangunan tempat tinggal terluas adalah sirap, genteng/seng/ asbes kondisi jelek/kualitas rendah atau ijuk, rumbia			

No.	Indikator BPS	No.	Indikator BKKBN	Persamaan/Perbedaan
5	Tidak sanggup membayar biaya pengobatan dan puskesmas/poliklinik	4	Bila ada anggota keluarga yang sakit dibawa ke sarana kesehatan	Mengukur aspek yang sama, yaitu kesehatan namun indikator berbeda
		5	PUS ingin ber-KB ke sarana pelayanan kontrasepsi	Indikator Berbeda
	-	6	Semua anak umur 7-15 th dalam keluarga bersekolah	Indikator Berbeda
	-	7	Melaksanakan ibadah agama dan kepercayaan masing-masing	Indikator Berbeda
6	Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu	8	Paling kurang sekali seminggu makan daging/ ikan/ telur	Mengukur aspek yang sama, namun ada sedikit perbedaan indikator
7	Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun	8	Memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun	Mengukur aspek yang sama namun ukurannya berbeda
8	Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8m ²	10	Luas lantai rumah paling kurang 8m ² untuk setiap penghuni rumah	parameter berbeda
	-	11	Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat	Indikator Berbeda
9	Sumber penghasilan kepala keluarga adalah petani dengan luas lahan 500 m ² , buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000,00 per bulan.	12	Ada anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan	Mengukur aspek yang sama, namun indikator berbeda
10	Pendidikan tertinggi Kepala Keluarga : tidak bersekolah/tidak tamat SD/ hanya SD	13	Seluruh anggota keluarga umur 10-60 th bisa baca tulisan latin	Aspek yang diukur sama yaitu pendidikan. BPS hanya mengukur pendidikan KK s/d tamat SD, sementara BKKBN mengukur bisa/tidaknya membaca tulisan latin seluruh anggota Keluarga
	-	14	PUS dengan anak 2 atau lebih menggunakan alat kontrasepsi	Mengukur aspek yang sama, yaitu kesehatan namun indikatornya berbeda
11	tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain	-	-	Indikator Berbeda
12	Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik	-	-	Indikator Berbeda
13	Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan	-	-	Indikator Berbeda
14	Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah	-	-	Indikator Berbeda
	-	15	Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama	Indikator Berbeda
15	Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp 500.000,00 seperti sepeda motor kredit/non kredit	16	Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang maupun barang	Mengukur aspek yang sama, yaitu tabungan. BPS menyebutkan ukurannya dengan jelas sementara BKKBN tidak.
16	Sering berhutang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari	-	-	Indikator Berbeda

No.	Indikator BPS	No.	Indikator BKKBN	Persamaan/Perbedaan
-		17	Makan bersama paling kurang sekali seminggu untuk berkomunikasi	Indikator Berbeda
-		18	Mengikuti kegiatan masyarakat	Indikator Berbeda
-		19	Memperoleh informasi dari surat kabar, radio, TV, majalah	Indikator Berbeda
-		20	Memberikan sumbangan materil secara teratur	Indikator Berbeda
-		21	Aktif sebagai pengurus Organisasi kemasyarakatan	Indikator Berbeda

Sumber: BPS, 2008 dan BKKBN, 2009

Selanjutnya, meskipun BPS dan BKKBN mengukur hal yang sama, seperti variabel pendidikan dan kesehatan, namun indikator dan ukuran/parameter yang digunakan oleh kedua instansi tersebut berbeda. Misalnya, indikator pendidikan tertinggi kepala keluarga: tidak bersekolah/tidak tamat SD/ hanya SD (BPS) dan indikator seluruh anggota keluarga umur 10-60 tahun bisa baca tulisan latin dan indikator semua anak umur 7-15 th dalam keluarga bersekolah (BKKBN). BPS hanya melihat pada tingkat pendidikan kepala keluarga saja dan tingkat pendidikan yang dimaksud hanya sampai tamat SD tanpa melihat anggota keluarga lainnya. Sementara itu, BKKBN mengukur tingkat pendidikan berdasarkan dua indikator yang mencerminkan (1) kemampuan baca tulisan latin pada seluruh anggota keluarga yang berusia 10-60 tahun tanpa melihat apakah anggota keluarga tersebut mengenyam pendidikan dasar atau tidak dan (2) kemampuan mengenyam wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun, usia 7-15 tahun. Kemudian, indikator untuk mengukur kesehatan yaitu “tidak sanggup membayar biaya pengobatan dan puskesmas/poliklinik” (BPS) apabila dipadankan dengan indikator untuk mengukur kesehatan yang digunakan oleh BKKBN, terdapat 3 indikator yang meliputi (1) bila ada anggota keluarga yang sakit dibawa ke sarana kesehatan, (2) PUS ingin ber-KB ke sarana pelayanan kontrasepsi, dan (3) PUS dengan anak 2 atau lebih menggunakan alat kontrasepsi. Hal ini karena BKKBN bertujuan untuk memotret kondisi PUS dan kemampuan penggunaan alat/metode kontrasepsinya.

Di samping itu, pada beberapa indikator yang relatif sama seperti kebutuhan akan papan, BPS secara detail memperinci kondisi rumah tinggal yang dimaksud, meliputi kondisi atap, dinding, dan lantai rumah disertai jenis bahan yang digunakannya, sementara BKKBN kurang memiliki parameter yang terukur. Atap, dinding, dan lantai yang baik dapat bersifat relatif dan sangat tergantung pada petugas lapangan yang melakukan pendataan. Indikator lainnya, seperti penghasilan diukur oleh BPS dengan menetapkan batas penghasilan yang

dimaksud, yaitu kurang dari Rp 600.000 per bulan disertai jenis pekerjaannya. Sementara, BKKBN hanya menyebutkan adanya penghasilan tanpa dibatasi besarnya.

Bila mencermati hal-hal di atas, maka pendataan yang dilakukan oleh BPS dan BKKBN masing-masing memiliki kelebihan dan kelemahan sendiri. Indikator-indikator yang digunakan oleh BPS sampai saat ini cukup relevan dan mewakili kondisi ekonomi masyarakat, terlebih lagi pada proses pengklasifikasian dan perhitungan tingkat kemiskinan disesuaikan dengan kondisi sosial budaya masyarakat setempat. Selain itu, indikator BPS memiliki ukuran/parameter yang jelas sehingga akan mengurangi subjektivitas pada saat pelaksanaan pendataan. Sementara itu, kelemahannya adalah pelaksanaan pendataan kemiskinan mikro oleh BPS dilaksanakan 3 tahun sekali padahal penduduk miskin bersifat sangat dinamis. Hal ini menyebabkan data penduduk miskin kurang mutakhir dan dapat menyebabkan distorsi dalam implementasi program-program penanggulangan kemiskinan. Pada beberapa laporan disebutkan bahwa rumah tangga miskin yang tidak terdata masih cukup banyak. Biaya pelaksanaan pendataan kemiskinan mikro juga sangat besar dan membutuhkan aparat yang handal dan kompeten untuk memastikan cakupan pendataan dan validitas datanya.

BKKBN Pendataan keluarga yang dilakukan oleh BKKBN dilaksanakan reguler setiap tahun sekali, sehingga data keluarga KPS dan KS-I cukup mutakhir. Biaya yang dikeluarkan untuk kegiatan pendataan juga jauh lebih sedikit apabila dibandingkan dengan pendataan mikro BPS. Survei pendataan keluarga melibatkan tenaga lini lapangan KB yang ada sampai tingkat RT/RW, tenaga lini lapangan tersebut merupakan individu yang mengenal betul kondisi ekonomi setiap rumah tangga yang disurveinya. Oleh karena itu, distorsi terhadap cakupan pendataan keluarga lebih kecil dibandingkan dengan pendataan kemiskinan mikro dan data yang dihasilkan menjadi lebih valid. Sayangnya, indikator-indikator yang digunakan oleh BKKBN kurang dapat diukur dan sangat mungkin bersifat subjektif tergantung pada petugas yang mendata. Selain itu, indikator tersebut juga berlaku secara nasional dan kurang sensitif terhadap kondisi sosial budaya lokal daerah.

Pada penerapannya di lapangan, perbedaan indikator sebagaimana diuraikan di atas ternyata menimbulkan perbedaan cakupan penduduk miskin yang mendapatkan Jamkesmas. Data dasar penentuan Jamkesmas adalah survei PSE 2005 yang kemudian dimutakhirkan melalui survei PPLS 2008. Jumlah keluarga KPS dan KS-I jauh lebih besar dibandingkan dengan jumlah keluarga sangat miskin, miskin, dan hampir miskin. Jumlah keluarga sangat miskin, miskin, dan hampir miskin pada tahun 2008 adalah sebanyak 18,8 juta keluarga, sementara

menurut BKKBN, jumlah KPS dan KS-I masing-masing adalah sebanyak 13,5 juta keluarga dan 13,7 juta keluarga, sehingga total KPS dan KS-I menjadi 27,2 juta keluarga. Persentase KPS dan KS-I terhadap jumlah total keluarga hasil pendataan keluarga tahun 2008 adalah sebesar 46,2 persen. Sementara itu, dengan menggunakan jumlah keluarga yang sama, maka persentase keluarga sangat miskin, miskin, dan hampir miskin adalah sebesar 31,8 persen.

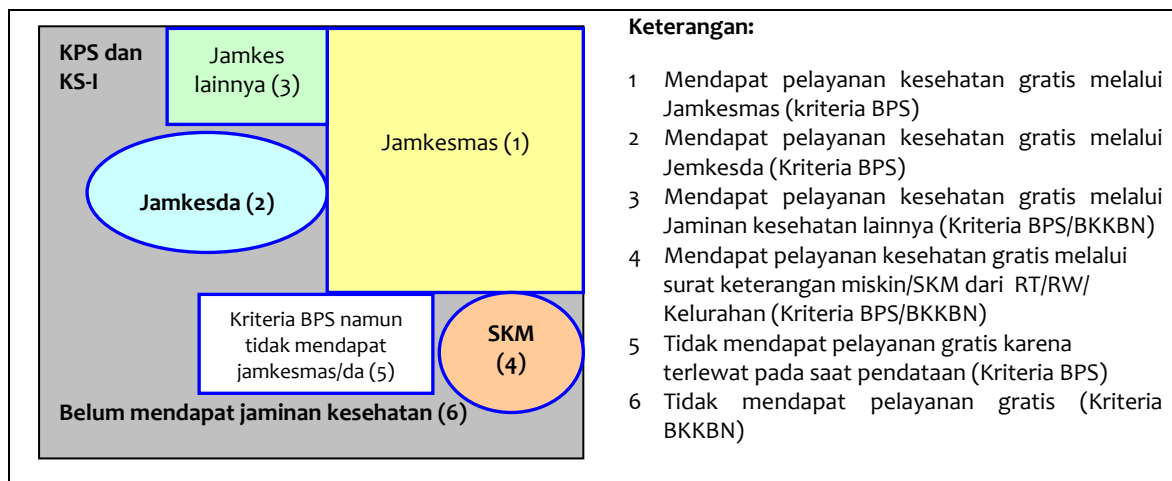
Tabel 11: Perbandingan Hasil Survei PPLS 2008 dan Hasil Survei Pendataan Keluarga 2008

No.	Provinsi	Jumlah Keluarga Sangat Miskin, Miskin, dan Hampir Miskin (BPS)	Jumlah Keluarga Prasejahtera (BKKBN)	Jumlah Keluarga Sejahtera I (BKKBN)
1	Aceh	534.285	274.378	301.712
2	Sumatera Utara	943.825	348.160	684.177
3	Sumatera Barat	301.608	90.567	269.459
4	Riau	272.308	114.009	244.504
5	Jambi	159.365	76.263	158.983
6	Sumatera Selatan	660.393	351.977	466.668
7	Bengkulu	142.746	63.478	112.811
8	Lampung	763.764	725.706	485.829
9	Bangka Belitung	32.102	9.535	43.421
10	Kepulauan Riau	75.478	23.497	61.805
11	DKI Jakarta	182.104	16.763	307.937
12	Jawa Barat	2.968.361	2.223.028	2.928.601
13	Jawa Tengah	3.089.340	3.095.487	1.745.311
14	DI Yogyakarta	220.683	178.769	209.522
15	Jawa Timur	3.389.243	2.713.694	2.170.045
16	Banten	648.115	489.654	530.357
17	Bali	138.925	68.304	102.569
18	Nusa Tenggara Barat	592.806	458.233	460.717
19	Nusa Tenggara Timur	590.546	523.662	256.528
20	Kalimantan Barat	352.889	62.481	322.008
21	Kalimantan Tengah	150.369	71.590	140.289
22	Kalimantan Selatan	206.077	80.257	249.065
23	Kalimantan Timur	194.513	71.590	140.289
24	Sulawesi Utara	134.983	115.750	130.927
25	Sulawesi Tengah	162.600	180.946	165.019
26	Sulawesi Selatan	591.425	330.527	450.839
27	Sulawesi Tenggara	271.607	207.233	132.004
28	Gorontalo	83.747	75.527	76.940
29	Sulawesi Barat	108.353	88.313	62.512
30	Maluku	171.717	114.655	85.893
31	Maluku Utara	67.626	63.306	63.376
32	Papua Barat	113.674	72.585	55.359
33	Papua	490.343	176.027	83.162
	INDONESIA	18.805.920	13.547.651	13.758.879

Sumber: PPLS, BPS (2008) dan Survei Pendataan Keluarga, BKKBN (2008)

Perbedaan cakupan keluarga miskin tersebut mengakibatkan banyaknya KPS dan KS-I yang tidak memperoleh Jamkesmas yang mana layanan KB gratis terintegrasi di dalamnya. Pada program Jamkesmas sendiri, dilaporkan banyak penduduk yang belum mendapat Jamkesmas, selain itu banyak pula dilaporkan sasaran Jamkesmas yang kurang tepat. Di beberapa daerah, penduduk miskin yang tidak mendapatkan Jamkesmas diupayakan mendapat Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) yang dananya bersumber dari APBD. Selain itu, adapula jaminan kesehatan dalam bentuk-bentuk lainnya yang juga bersumber dari APBD. Apabila digambarkan secara sederhana, cakupan Jamkesmas, Jamkesda, jaminan kesehatan lainnya, dan surat keterangan miskin terhadap KPS dan KS-I adalah sebagai berikut.

Gambar 4. Cakupan Berbagai Bentuk Jaminan Kesehatan



Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2010

Penduduk miskin yang merupakan peserta Jamkesmas, Jamkesda, jaminan kesehatan lainnya, atau memiliki surat keterangan miskin dapat memperoleh pelayanan KB secara gratis di tempat-tempat pelayanan statis seperti puskesmas, rumah sakit tertentu, dan klinik. Sementara, penduduk miskin di luar tersebut di atas sama sekali tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan KB gratis. Sayangnya, persentase cakupan masing-masing bentuk jaminan kesehatan tersebut tidak dilengkapi dengan data-data yang memadai sehingga belum dapat dilakukan analisis yang lebih tajam. Berdasarkan hal ini, BKKBN tetap mengupayakan peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB, terutama bagi KPS dan KS-I melalui pelayanan KB mobil (Tim KB Keliling/TKBK). BKKBN dalam hal ini melakukan koordinasi dan kerjasama lintas-sektor, yaitu dengan SKPD KB kabupaten/kota, dinas kesehatan, TNI manunggal, dan PKK. Pelaksanaannya juga diintegrasikan pada momen-momen tertentu dan seperti kegiatan rutin bulanan posyandu dan hari keluarga nasional/Hargarnas.

Perbedaan cakupan keluarga miskin sebagaimana diuraikan di atas bukan merupakan isu baru dalam pelaksanaan pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin dan diperlukan upaya serius untuk menyelaraskan indikator di kedua instansi tersebut. Beberapa indikator tahapan keluarga sejahtera dirasakan sudah tidak lagi relevan di era teknologi informasi saat ini, seperti indikator “makan bersama paling kurang seminggu sekali untuk berkomunikasi”. Kemajuan IT yang pesat saat ini memungkinkan seseorang berkomunikasi secara intensif tanpa harus bertatap muka. Indikator lainnya seperti “memperoleh informasi dari surat kabar, radio, TV, majalah” dimasukkan ke dalam aspek kebutuhan pengembangan yang bukan merupakan aspek penentu KPS dan KS-I. Saat ini, radio/TV bukan lagi barang mahal/langka yang tidak terjangkau oleh masyarakat miskin. Oleh karena itu, diperlukan kajian yang lebih mendalam terhadap indikator tahapan keluarga sejahtera.

Berdasarkan uraian di atas, akan sangat baik apabila indikator BKKBN dapat terintegrasi dengan data BPS melalui koordinasi penyerasian kebijakan yang melibatkan kedua instansi, termasuk pula Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial. Integrasi indikator tersebut sudah semestinya dilaksanakan untuk mewujudkan *unified database* dan mendukung efektifitas dan efisiensi program penanggulangan kemiskinan. Tenaga lini lapangan KB yang menguasai kondisi sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat setempat dapat menjadi modal utama yang mendukung keberhasilan pendataan, indikator-indikator kemiskinan yang terukur, valid, dan mutakhir menjadi basis utama perencanaan pembangunan.

4.2. Pencapaian Pembangunan Kependudukan dan KB Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

4.2.1. Laju Pertumbuhan Penduduk dan *Total Fertility Rate*

Berkaitan dengan sasaran pengendalian kuantitas penduduk, program KB telah berkontribusi menurunkan angka kelahiran total (TFR) dan laju pertumbuhan penduduk sehingga memperlambat pertambahan dan pertumbuhan penduduk. Selama periode 2004-2009, beberapa capaian pembangunan kependudukan dan KB antara lain adalah menurunnya LPP dari 1,49 persen (Sensus Penduduk/SP 2000) menjadi 1,30 persen (Survei Penduduk Antar Sensus/Supas 2005). Sasaran RPJMN 2004-2009 untuk menurunkan LPP menjadi 1,14 persen pertahun nampaknya tidak dapat tercapai, hasil hitung cepat SP 2010 menunjukkan bahwa LPP 2000-2010 stagnan sebesar 1,49 persen. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2000 adalah sebanyak 205,8 juta jiwa (SP 2000) meningkat menjadi 237,6 juta jiwa (Hasil Sementara SP

2010). Jumlah ini telah melampaui hasil proyeksi penduduk 2005-2025 yang hanya sebesar 234,2 juta jiwa. Angka kelahiran total menurut SDKI 2002/2003 adalah sebesar 2,4; angka ini mengalami penurunan sebesar 0,1 selama kurun waktu sekitar 5 tahun, menjadi 2,3 per perempuan usia reproduksi.

Meskipun telah sedikit mengalami penurunan, jumlah kelahiran secara absolut masih tetap besar, yaitu sekitar 4 juta kelahiran setiap tahunnya (RPJMN 2010-2014), jumlah kelahiran tersebut sama dengan jumlah penduduk di Singapura. Dengan jumlah penduduk yang demikian besar, Indonesia menjadi salah satu negara yang paling berkontribusi pada penambahan penduduk di Asia. Pada tahun 2000 sampai dengan 2010 diperkirakan Indonesia menyumbang sekitar 6 persen dari seluruh penduduk di Asia (Hasil Penelitian Deutsche Bank, UN 2001).

Angka kelahiran total bervariasi menurut kondisi sosial ekonomi masyarakatnya. Tingkat pendidikan dan kesejahteraan terlihat mempengaruhi besarnya TFR. Perempuan dengan tingkat pendidikan dan tingkat kesejahteraan rendah cenderung memiliki anak yang lebih banyak dibandingkan perempuan yang lebih berpendidikan dan sejahtera. Data SDKI 2007 menunjukkan bahwa TFR pada perempuan yang tidak tamat sekolah dasar adalah sebesar 2,8; lebih tinggi dibandingkan perempuan yang menyelesaikan sekolah menengah pertama. Begitu pula dengan tingkat kesejahteraan, perempuan pada kuintil 1 memiliki TFR sebesar 3,0 dibandingkan dengan perempuan pada kuintil ke-4 yang hanya sebesar 2,5. TFR di wilayah perdesaan yang sebagian besar penduduknya memiliki kesejahteraan lebih rendah dibandingkan dengan di perkotaan, memiliki TFR yang lebih besar (Tabel 12). Dapat disimpulkan, angka kelahiran pada penduduk yang lebih sejahtera telah mendekati sasaran kondisi ideal sebesar 2,2.

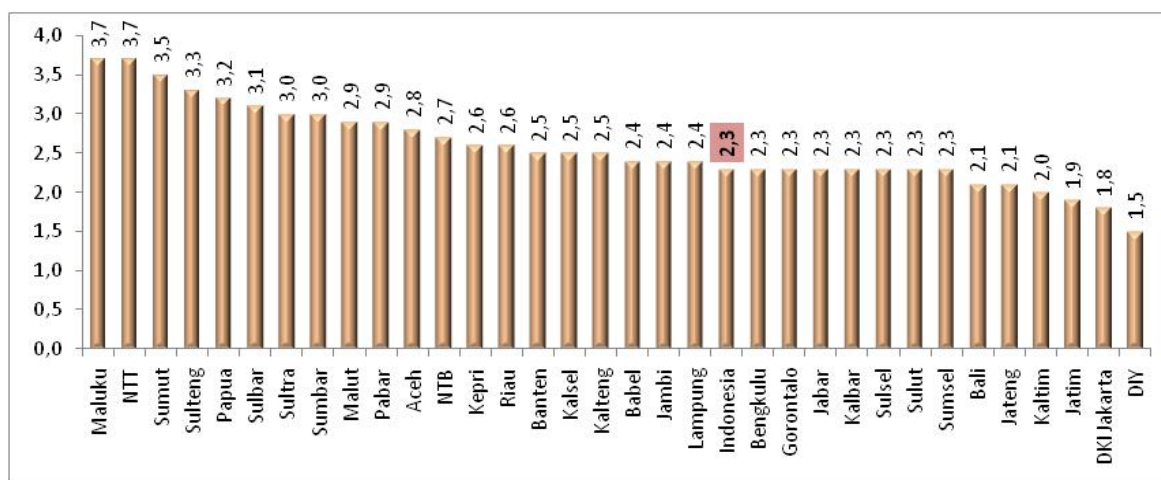
Tabel 12: TFR Menurut Tingkat Pendidikan, Tingkat Kesejahteraan, dan Wilayah Desa/Kota

Tingkat Pendidikan, Kesejahteraan, dan Wilayah Desa/Kota	TFR	
	SDKI 2002-03	SDKI 2007
PENDIDIKAN		
Tidak Sekolah	2,6	2,4
Tidak Tamat SD	2,7	2,8
Tamat SD	2,7	2,8
Tidak Tamat SMP	2,5	2,7
Tamat SMP atau lebih	2,5	2,5
Indeks Kesejahteraan		
Q1 (terendah)	3,0	3,0
Q2	2,6	2,5

Tingkat Pendidikan, Kesejahteraan, dan Wilayah Desa/Kota	TFR	
	SDKI 2002-03	SDKI 2007
Q3	2,7	2,8
Q4	2,5	2,5
Q5 (tertinggi)	2,2	2,7
Desa-Kota		
Desa	2,7	2,8
Kota	2,4	2,3

Capaian TFR juga bervariasi menurut provinsi, TFR tertinggi terdapat di Maluku sebesar 3,7 dan terendah di D.I. Yogyakarta sebesar 1,5. Tingkat kelahiran di wilayah Indonesia bagian timur berada jauh di atas rata-rata nasional sebesar 2,3 (SDKI 2007 setelah dikoreksi). Hal ini dikarenakan wilayah Indonesia bagian timur sebagian besar merupakan wilayah kepulauan dengan akses dan kualitas layanan KB yang tidak memadai, dan kondisi sosial ekonomi masyarakat yang juga lebih rendah dibandingkan wilayah barat, ketersediaan sumber daya manusia, keterbatasan sarana dan prasarana penunjang, serta biaya yang tidak terjangkau menjadi permasalahan di daerah-daerah miskin dan tertinggal. Persentase keluarga miskin (KPS dan KS-I) di provinsi-provinsi dengan TFR tinggi seperti Papua, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, Maluku, NTT, NTB, dan Aceh adalah 48,6 persen; 39,9 persen; 37,4 persen, 31,0 persen; 31,6 persen; 58,3 persen; dan 26,3 persen. Data PPLS (BPS, 2009) juga menunjukkan bahwa angka kemiskinan di provinsi-provinsi tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan dengan persentase keluarga miskin di tingkat nasional sebesar 16,5 persen. Persentase keluarga miskin pada provinsi tersebut berturut-turut adalah 54,9 persen; 29,9 persen; 29,7 persen; 34,0 persen; 27,1 persen, dan 33,0 persen, dan 27,2 persen (BPS, 2009).

Grafik 3: Total Fertility Rate Per Provinsi Tahun 2007



Sumber: SDKI, 2007

Kelahiran pada remaja juga tercatat masih tinggi, hal ini terlihat dari besarnya persentase perempuan usia 15-19 tahun yang sudah melahirkan. Terdapat sekitar 6,6 persen remaja sudah pernah melahirkan; 16,4 persen berusia 19 tahun dan 10,7 persen berusia 18 tahun. Persentase remaja yang sudah pernah melahirkan lebih tinggi berada di perdesaan; sekitar 9,9 persen perempuan usia 15-19 tahun sudah pernah melahirkan. Di samping itu, tingkat pendidikan berbanding terbalik dengan saat pertama kali seorang perempuan memiliki anak; 19,2 persen remaja yang tidak tamat sekolah dasar telah memiliki anak dibandingkan dengan 4,2 persen remaja dengan tingkat pendidikan SMU.

Data-data di atas menunjukkan bahwa upaya peningkatan akses layanan KB dan kesehatan reproduksi di daerah-daerah kepulauan dan terpencil menjadi tantangan tersendiri. Sasaran RPJMN 2004-2009 untuk menurunkan TFR menjadi 2,2 dirasakan tidak dapat tercapai. Jika mencermati hasil olah cepat Sensus Penduduk 2010, TFR nasional diperkirakan meningkat menjadi sebesar 2,6; angka ini kurang lebih sama dengan hasil SDKI 2002/2003 dan 2007 sebelum dikoreksi, yaitu cenderung stagnan sebesar 2,6 per perempuan usia reproduksi. Kebijakan pemerintah untuk menurunkan angka kelahiran total dilanjutkan dalam RPJMN 2010-2014. Selain itu, kebijakan DAK KB yang telah bergulir sejak tahun 2008 juga turut mendukung pencapaian sasaran nasional. Pengadaan Muyan dan Mupen untuk mendekatkan akses pelayanan KB ke masyarakat semakin intensif dilakukan dan mobilitas tenaga lini lapangan ditingkatkan dengan pengadaan sepeda motor bagi mereka.

Hasil pencapaian TFR secara nasional didukung oleh pencapaian-pencapaian indikator KB lainnya seperti *contraceptive prevalence rate* (CPR) dan kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*).

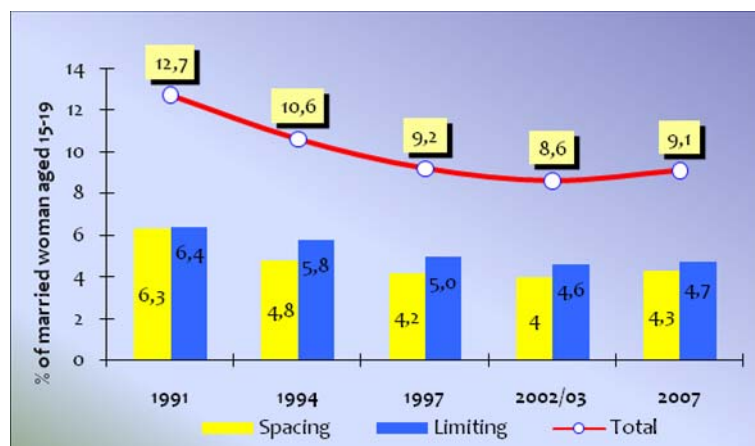
4.2.2. Unmet Need

Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi/*unmet need* merupakan persentase perempuan kawin yang tidak ingin memiliki anak atau ingin menjarangkan kelahiran tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi. Sasaran nasional *unmet need* pada tahun 2009 sebesar 6 persen nampaknya masih sangat sulit dicapai. Hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa *unmet need* nasional mencapai 9,1 persen, terdiri dari 4,3 persen untuk menjarangkan kelahiran dan 4,7 persen untuk membatasi kelahiran. *Unmet need* nampaknya sangat sulit diturunkan bahkan cenderung meningkat dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, yaitu dari 8,6 persen menjadi 9,1 persen. *Unmet need* untuk menjarangkan kelahiran lebih banyak meningkat dibandingkan

untuk membatasi kelahiran. Hal ini sejalan dengan data SDKI mengenai tingkat kelahiran ideal yang diinginkan. *Total Fertility Rate* secara nasional (SDKI 2007 sebelum dikoreksi) adalah 2,6; sementara TFR yang diinginkan masyarakat adalah sebesar 2,2; sesuai dengan sasaran yang ingin dicapai dalam RPJMN 2004-2009.

Karakteristik *unmet need* berbeda menurut umur, daerah tempat tinggal, dan status sosial ekonomi. *Unmet need* pada perempuan usia muda (15-29 tahun) lebih banyak untuk menjarangkan kelahiran, sementara di usia tua (30-49 tahun) lebih banyak untuk membatasi kelahiran mengingat resiko melahirkan yang semakin besar seiring dengan usia ibu. *Unmet need* untuk tujuan menjarangkan kelahiran di wilayah perdesaan lebih besar dibandingkan dengan di perkotaan, masing-masing sebesar 4,5 persen dan 4,0 persen. *Unmet need* cenderung menurun dengan meningkatnya taraf pendidikan dan kesejahteraan. *Unmet need* untuk membatasi kelahiran banyak dijumpai pada masyarakat dengan taraf pendidikan rendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD), masing-masing sebesar 7,7 persen dan 6,2 persen. *Unmet need* pada kelompok dengan tingkat kesejahteraan rendah (kuintil 1) lebih banyak dibandingkan dengan *unmet need* pada kelompok yang lebih sejahtera, baik untuk menjarangkan kelahiran maupun untuk membatasi kelahiran, masing-masing sebesar 6,5 persen dan 6,2 persen; dan 3,6 persen dan 4,6 persen (SDKI 2007). Masih tingginya *unmet need* di perdesaan dan kelompok miskin mengindikasikan rendahnya cakupan pelayanan KB bagi kelompok tersebut. Salah satu upaya pemerintah untuk menurunkan *unmet need* adalah dengan tetap memberikan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi secara gratis kepada masyarakat miskin (KPS dan KS-I) tersebut, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kesertaan ber-KB dan menurunkan tingkat kelahiran pada penduduk miskin.

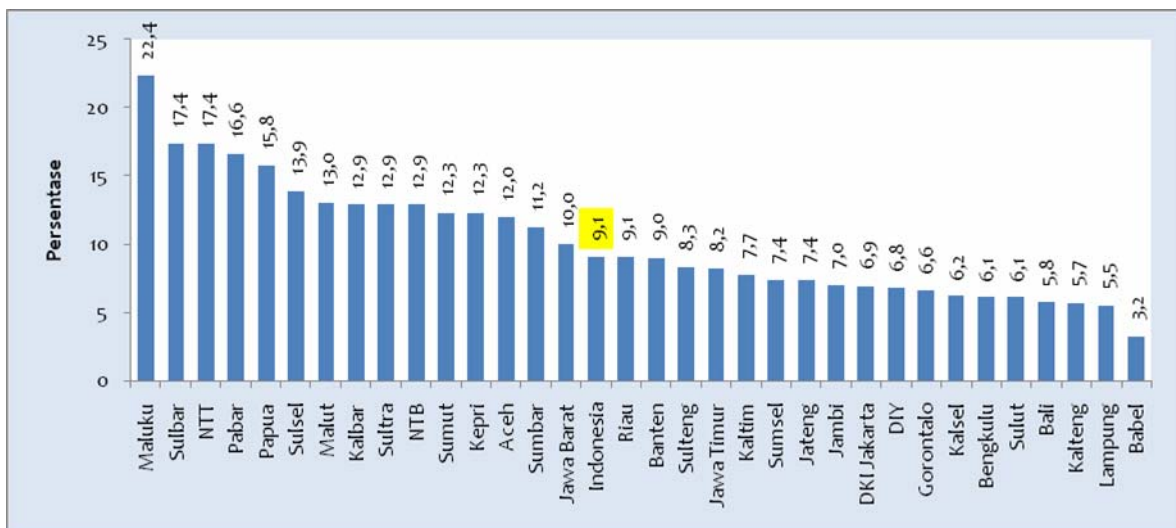
Grafik 4: Tren Unmet Need 1991-2007



Sumber: SDKI

Tantangan menurunkan *unmet need* menjadi semakin besar bila melihat disparitas capaian *unmet need* antarprovinsi. Beberapa provinsi telah berhasil menurunkan *unmet need* di bawah 6 persen, seperti Provinsi Kalimantan Selatan, Bengkulu, Sulawesi Utara, Bali, Kalimantan Tengah, Lampung, dan Bangka Belitung. *Unmet need* yang tinggi berkorelasi positif dengan tingginya tingkat kelahiran, provinsi di Indonesia bagian timur dengan tingkat kelahiran tinggi juga cenderung memiliki *unmet need* yang tinggi. Diperlukan metode KIE yang efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam ber-KB, serta dukungan kuat pembiayaan, peningkatan sarana prasarana KB yang dapat menjangkau daerah-daerah tertinggal, pedalaman, dan kepulauan.

Grafik 5: Disparitas *Unmet Need* Antarprovinsi, 2007



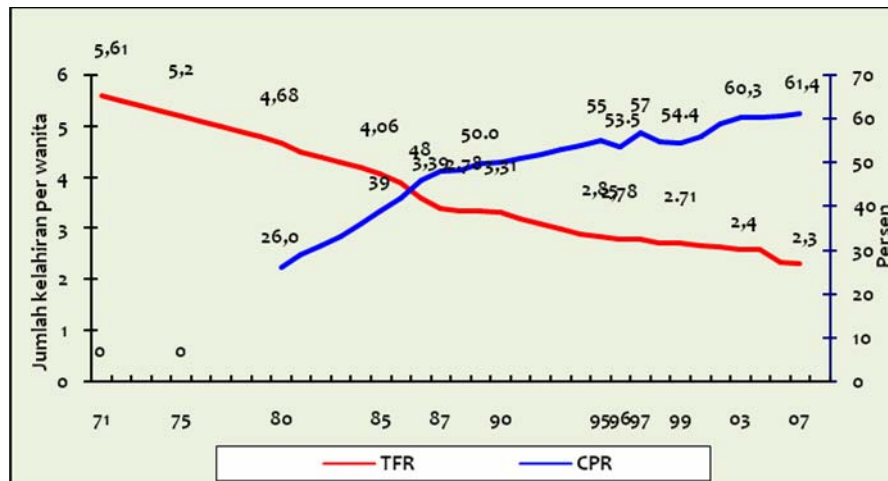
Sumber: SDKI, 2007

4.2.3. Contraceptive Prevalence Rate

Prevalensi pemakaian alat kontrasepsi/CPR akan berkontribusi terhadap penurunan tingkat kelahiran. Kontrasepsi yang meningkat pesat penggunaannya pada tahun 1971-1990, berhasil menurunkan TFR dari 5,6 menjadi 3,3 per perempuan usia reproduksi. Pada periode 1990-2007, peningkatan CPR tidak secepat pada periode sebelumnya (Grafik 6). Peningkatan CPR didukung oleh tingkat pencapaian peserta KB aktif. Setiap tahun, jumlah peserta KB baru rata-rata mencapai 6 juta–6,5 juta peserta, namun capaian tersebut hanya mampu mempertahankan tingkat CPR karena peserta KB baru yang diperoleh belum memberikan kontribusi yang kuat terhadap pencapaian peserta KB Aktif. Artinya, jumlah peserta KB aktif yang putus (*drop out*) dari memakai kontrasepsi sangatlah besar. Capaian CPR sampai dengan tahun 2007 adalah sebesar 61,4 persen untuk semua cara dan 57,4 persen untuk cara modern,

meningkat dari periode survei SDKI 2002/2003 sebesar 60,3 untuk semua cara dan 56,7 untuk cara modern.

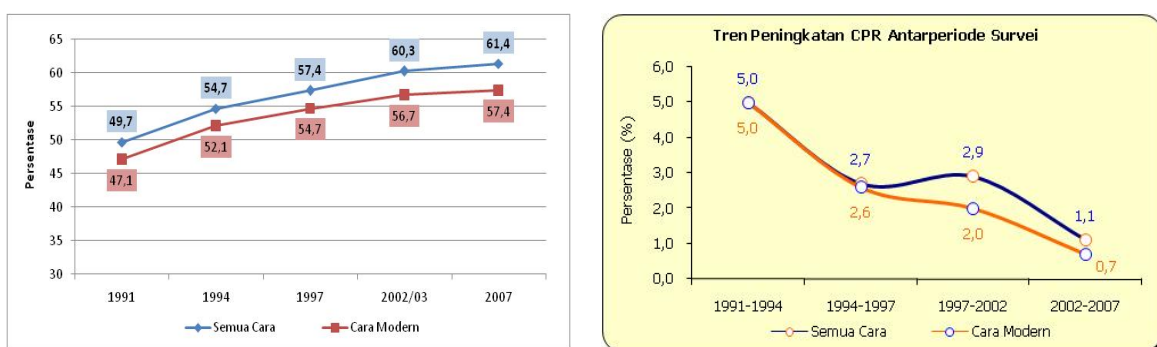
Grafik 6: Tren Fertilitas dan Kontrasepsi Tahun 1971-2007



Sumber: SDKI 2007

Meskipun terlihat meningkat, bila dibandingkan periode-periode survei SDKI sebelumnya, peningkatan CPR tersebut cenderung menurun (Grafik 7) Pada periode SDKI 1997-2002/2003, CPR cara modern meningkat sebanyak 2,0 persen, sementara pada periode 5 tahun berikutnya yaitu periode 2002/2003-2007, CPR cara modern hanya meningkat sebesar 0,7 persen. Sasaran pembangunan kependudukan dan KB untuk meningkatkan CPR cara modern menjadi 65 persen pada akhir tahun 2009 tampaknya belum akan berhasil dan memerlukan upaya yang lebih keras lagi.

Grafik 7: Tren Contraceptive Prevalence Rate



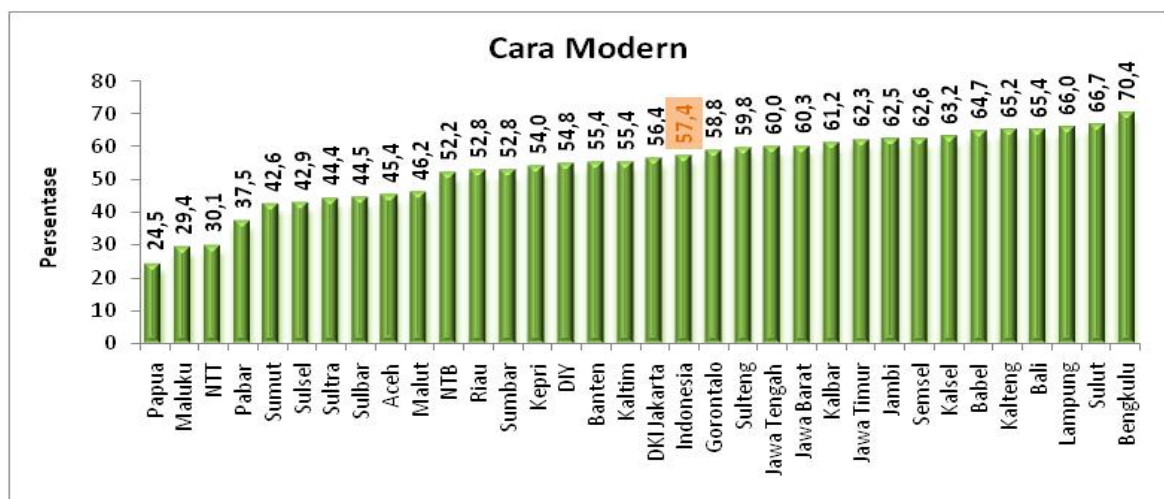
Sumber: SDKI (Berbagai Tahun)

Salah satu tantangan utama meningkatkan kesertaan ber-KB adalah tingginya disparitas CPR antarwilayah desa/kota, dan antarstatus sosial ekonomi. Prevalensi pemakaian

kontrasepsi cara modern di daerah perdesaan tidak jauh berbeda dibandingkan di perkotaan, masing-masing sebesar 57,5 persen dan 57,1 persen. Sementara itu, di daerah perkotaan, CPR semua cara lebih dominan dibandingkan dengan di perdesaan, masing-masing 62,5 persen dan 60,6 persen. Secara umum, CPR meningkat seiring dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan. Sekitar 42,3 persen perempuan tidak bersekolah menggunakan semua cara kontrasepsi dan 40,1 persen menggunakan kontrasepsi modern, sementara 65,5 persen perempuan dengan tingkat pendidikan SMU menggunakan semua cara kontrasepsi dan 61,4 persen menggunakan kontrasepsi cara modern. Selanjutnya, CPR pada kuintil 1 juga jauh lebih rendah dibandingkan dengan kuintil 5, masing-masing sebesar 53,0 persen dan 63,5 persen untuk semua cara; dan 49,9 persen dan 57,9 persen untuk cara modern.

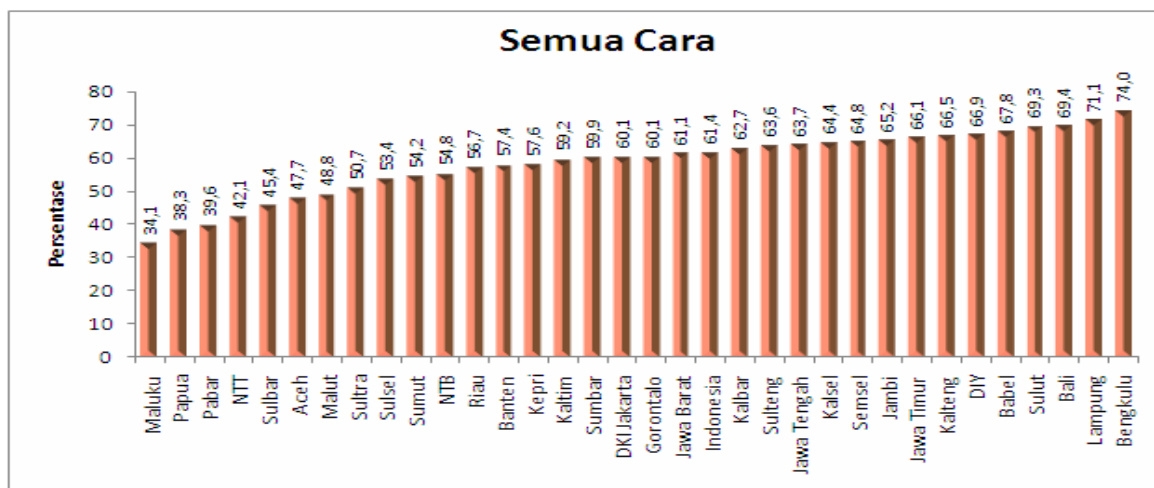
Upaya meningkatkan pemakaian CPR juga terkendala oleh tingginya disparitas CPR antarprovinsi, baik untuk semua cara maupun cara modern. Sejalan dengan tingginya TFR dan unmet need pada beberapa provinsi di Indonesia bagian timur, pencapaian CPR di provinsi tersebut sangat rendah dibandingkan rata-rata nasional, baik untuk semua cara maupun cara modern. CPR yang tertinggi untuk cara modern dan semua cara terdapat di Provinsi Bengkulu, sementara CPR yang terendah terdapat di Provinsi Papua untuk cara modern, dan Provinsi Maluku untuk semua cara. Selain itu, sebanyak 18 provinsi masih memiliki CPR cara modern di bawah rata-rata nasional dan hanya 5 provinsi yang sudah memiliki CPR cara modern di atas 65 persen.

Grafik 8: Contraceptive Prevalence Rate Cara Modern, 2007



Sumber: SDKI, 2007

Grafik 9: Contraceptive Prevalence Rate Semua Cara, 2007

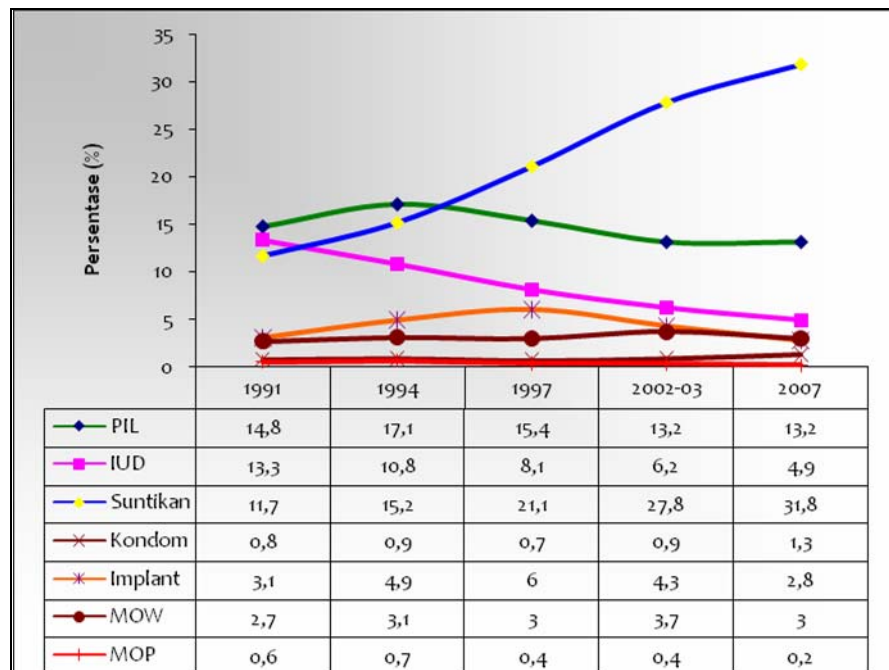


Sumber: SDKI, 2007

Data SDKI 2007 menunjukkan jenis kontrasepsi yang paling banyak diminati adalah jenis suntikan (31,8 persen), pil (13,2 persen), dan IUD (4,9 persen). Secara nasional, metode sterilisasi wanita juga lebih banyak diminati (3,0 persen) dibandingkan dengan implant (2,8 persen). Kontrasepsi jenis suntikan semakin menurun penggunaannya seiring dengan jumlah anak yang dimiliki. Saat memiliki 1-2 anak, penggunaan suntik mencapai 38,7 persen, jumlah ini terus berkurang menjadi 19,3 persen pada perempuan dengan jumlah anak lebih dari 5 orang. Pada kelompok yang pendidikan rendah, penggunaan kontrasepsi jenis implant dan MOP lebih dominan dibandingkan kelompok yang berpendidikan lebih tinggi. Penggunaan implant pada kelompok yang tidak bersekolah mencapai 4,2 persen dibandingkan kelompok yang lulus SMU (2,1 persen). Penggunaan implant di daerah perdesaan juga lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan, masing-masing sebesar 3,5 persen dan 1,8 persen.

Tren data SDKI 1991-2007 menunjukkan perubahan pemakaian alat kontrasepsi dari pil ke suntik, sementara penggunaan kontrasepsi jenis implant, IUD, dan MOP terus mengalami penurunan dan metode KB MOW cenderung fluktuatif, padahal sasaran pembangunan kependudukan dan KB yang ingin dicapai dalam RPJMN 2004-2009 adalah meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang efektif dan efisien, yaitu metode kontrasepsi jangka panjang.

Grafik 10: Tren Pemakaian Kontrasepsi, 1991-2007

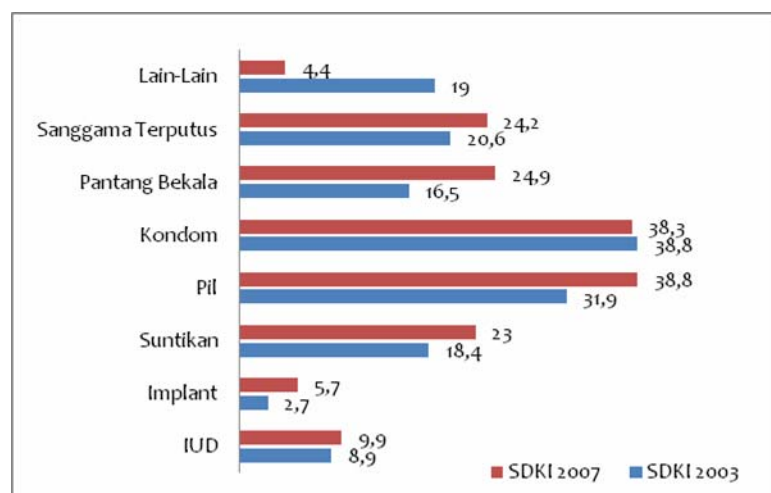


Sumber: SDKI, 2007

4.2.4. Tingkat Putus Pakai Pemakaian Kontrasepsi dan Keinginan untuk Memakai Kontrasepsi

Dalam kurun waktu lima tahun angka ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi untuk semua metode kontrasepsi cenderung meningkat. Peningkatan ketidaklangsungan pemakaian kontrasepsi cara modern yang terbesar terdapat pada jenis alokon suntikan dan pil.

Grafik 11: Persentase Ketidaklangsungan Pemakaian Kontrasepsi

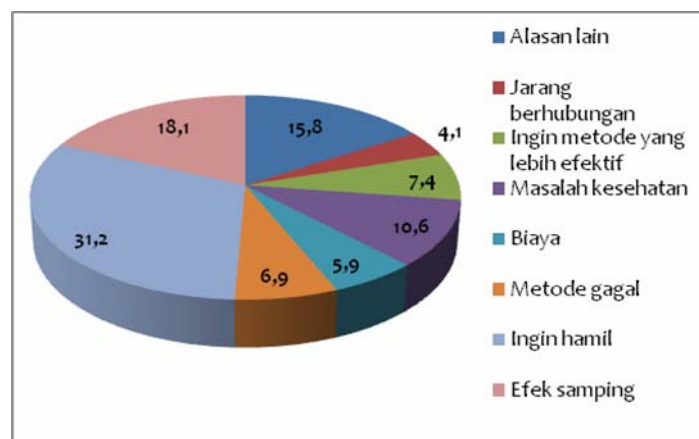


Tingkat putus pakai kontrasepsi menjadi salah satu ukuran kualitas pemakaian alat kontrasepsi. Tingkat putus pakai dapat mencakup kegagalan kontrasepsi, ketidakpuasan

akseptor terhadap alat/cara KB, efek samping KB, dan ketidaktersediaan alokon baik jenis maupun jumlahnya. Sebanyak 26 persen perempuan yang menggunakan kontrasepsi berhenti memakai kontrasepsi selama 12 bulan sejak memakai. SDKI 2007 juga melaporkan bahwa faktor utama yang menentukan tingkat putus pakai kontrasepsi adalah efek samping atau masalah kesehatan dari penggunaan alokon (9,5 persen), keinginan untuk hamil (5,4 persen), alasan yang berkaitan dengan metode (4,6 persen), dan karena alasan lain (3,4 persen). Di saat yang sama, peserta KB yang berganti cara kontrasepsi ke cara lain masih sebesar 12,9 persen. Angka putus pakai untuk metode pil meningkat dari 32 persen (SDKI 2002/2003) menjadi 39 persen (SDKI 2007), selanjutnya angka putus pakai metode suntik juga meningkat dari 18 persen (SDKI 2002/2003) menjadi 23 persen (SDKI 2007). Hal ini mengindikasikan bahwa tingkat putus pakai kontrasepsi pada masyarakat miskin masih tinggi dan terjadi penurunan kualitas pemakaian alat kontrasepsi.

Data SDKI 2007 juga menunjukkan bahwa 31 persen akseptor berhenti menggunakan alat kontrasepsi karena ingin memiliki anak. Alasan berhenti menggunakan alat kontrasepsi adalah karena khawatir akan efek samping alokon (18,1 persen), masalah kesehatan (10,6 persen), dan kegagalan alat/cara KB (6,9 persen). Alasan berhenti menggunakan alokon mengalami peningkatan dari 14 persen (2002/2003) menjadi 18,1 persen (2007).

Grafik 12: Alasan Berhenti Memakai Kontrasepsi, 2007



Sumber: SDKI, 2007

Selanjutnya, jika dilihat berdasarkan jenis alat kontrasepsi, efek samping penggunaan suntikan (22,5 persen), IUD (17,1 persen), dan pil (14,7 persen) termasuk yang tertinggi, namun permintaan terhadap alokon jenis tersebut tetap sangat tinggi. Jawaban instrumen evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin menunjukkan bahwa pilihan terhadap metode KB jenis suntik dan pil tinggi karena metode kontrasepsi jenis suntikan dan pil dianggap paling mudah,

tidak memerlukan operasi, pelaksanaannya relatif cepat, dan tidak menimbulkan rasa malu bagi akseptornya. Di samping itu, pemberian layanan KB bagi KPS dan KS-I yang tidak memiliki Jamkesmas dilaksanakan melalui pelayanan KB secara massal, berbentuk momentum KB dan KB safari. Dari hasil jawaban Kuisioner akseptor KB miskin di D.I. Yogyakarta terungkap bahwa pelayanan KB pada momentum tersebut kurang memberikan kenyamanan secara psikologis bagi akseptor miskin, terlebih lagi pelaksanaannya terintegrasi dengan kegiatan Posyandu. Akseptor KB cenderung tidak berkenan memilih kontrasepsi jenis IUD yang lebih lama pemasangannya atau MOP/MOW yang memerlukan rujukan ke rumah sakit karena harus mengayomi anak saat kegiatan Posyandu tersebut.

Masalah lain yang banyak dikeluhkan oleh akseptor KPS dan KS-I menurut hasil kuisioner di D.I. Yogyakarta adalah kurangnya jaminan ketersediaan alokon baik jumlah maupun jenisnya. Permintaan alokon jenis implant relatif tinggi namun seringkali tidak tersedia di puskesmas/saat momentum KB karena jumlahnya yang sangat terbatas. Selain itu, pil KB menyusui tidak lagi tersedia padahal permintaan masyarakat sangat tinggi. Artinya seringkali terjadi ketidaksesuaian antara *supply* dan *demand* alokon. Kualitas/mutu alokon juga seringkali dikeluhkan oleh klinik maupun peserta KB. Berbagai permasalahan tersebut menunjukkan bahwa masyarakat miskin (KPS dan KS-I) kurang memiliki pilihan dalam ber-KB, meski kualitas mutu alokon dan pelayanannya masih rendah.

Upaya meningkatkan mutu/kualitas alokon, ketersediaan jumlah maupun jenisnya, serta kualitas pelayanan KB diperlukan untuk meningkatkan kesertaan ber-KB, khususnya bagi masyarakat miskin. Peningkatan kualitas pelayanan KB pada saat pelaksanaan momentum KB dengan mengupayakan kenyamanan dan privasi akseptor KB penting dilakukan agar akseptor dapat leluasa memilih jenis alokon yang memang sesuai kebutuhannya. Selanjutnya, jaminan ketersediaan kontrasepsi akan dapat dipenuhi bila ada keselarasan antara *supply* dan *demand*-nya. Oleh karena itu, upaya pemetaan kebutuhan alokon baik jenis maupun jumlahnya dari sisi akseptor/*demand* merupakan hal yang sangat mendasar. Pemetaan data tersebut menjadi penting sebagai upaya mengurangi tingkat putus pakai kontrasepsi.

4.2.5. Informasi Tentang Alat Kontrasepsi

Jumlah peserta KB aktif akan meningkat jika pemakaian kontrasepsi didasari pemahaman dan kesadaran yang baik terhadap KB. Pengetahuan calon akseptor terhadap alat/obat kontrasepsi akan menentukan jenis kontrasepsi yang sesuai kebutuhannya. Hal ini

dapat menjadi salah satu cara untuk mengetahui kualitas pelayanan KB. Pemberian *inform choice* kepada calon akseptor bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada akseptor mengenai KB, pilihan alat kontrasepsi, dan efek samping yang mungkin ditimbulkan dari penggunaan kontrasepsi yang dipilihnya, serta cara untuk mengatasinya. Data SDKI 2007 menunjukkan bahwa cakupan pemberian informasi tentang efek samping penggunaan alokon masih rendah, yaitu sebesar 35 persen, hal ini mengindikasikan masih rendahnya pemahaman akseptor terhadap KB. Informasi yang disampaikan dengan baik akan membantu meningkatkan kewaspadaan dalam menghadapi efek samping dan mengurangi tingkat putus pakai pada pemakaian alokon.

Kelompok miskin dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan rendah sebagaimana diuraikan di atas memiliki tingkat kesertaan ber-KB yang rendah padahal kebutuhan mereka akan layanan KB begitu besar. Kenyataan ini dapat dianalisis dari dua aspek, yaitu aspek promosi dan KIE (*demand*) dan aspek penyediaan layanan KB (*supply*). Dari aspek promosi dan KIE (*demand*) KB. Akseptor KB jenis pil adalah yang paling sedikit menerima informasi tentang efek samping dari metode yang dipakai, yaitu sebesar 30,3 persen, sedangkan untuk jenis implant dan suntik masing-masing baru sebesar 34,6 persen dan 34,7 persen, padahal alokon jenis tersebut paling banyak dipilih oleh masyarakat miskin. Pemberian informasi efek samping di daerah perdesaan (31,6 persen) juga relatif rendah dibandingkan dengan perkotaan (40,8 persen) sebagaimana diketahui bahwa orang miskin lebih banyak terdapat di daerah perdesaan.

Kelompok yang tidak bersekolah dan berada di kuintil 1 ternyata juga sangat sedikit menerima informasi mengenai efek samping alokon, yaitu baru sekitar 24,1 persen dan 25,3 persen. Persentase akseptor yang menerima informasi mengenai efek samping alokon melalui petugas lapangan KB dan KB safari juga masih rendah, masing-masing sebesar 32,4 persen dan 25,5 persen. Hasil instrumen evaluasi pelayanan KB bagi KPS dan KS-I menunjukkan bahwa pemberian konseling dan KIE program KB pada kegiatan pelayanan KB secara massal seperti pada momentum KB kurang berjalan efektif, hal ini terlihat dari banyaknya akseptor KB miskin di D.I. Yogyakarta yang mengeluhkan kurangnya pemahaman pada jenis kontrasepsi yang ia gunakan sementara akseptor KB miskin mengaku telah menerima informasi mengenai KB dan sangat sering bertemu dengan petugas lapangan KB untuk melakukan konseling. Data SDKI menunjukkan bahwa ternyata informasi akan efek samping alokon lebih banyak diberikan oleh dokter swasta dan bidang praktek swasta (di atas 50 persen). Data-data tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan KB bagi masyarakat miskin masih rendah.

Pola pikir dan pandangan masyarakat miskin dengan tingkat pendidikan dan kesejahteraan rendah berbeda dengan masyarakat yang lebih baik pendidikan dan kesejahteraannya. Upaya meningkatkan pemahaman berupa promosi dan KIE pada kelompok tersebut tentu saja berbeda. Orang dengan tingkat pendidikan rendah akan lebih lama menangkap dan memahami informasi mengenai KB, belum lagi pengaruh kultur dan kebiasaan-kebiasaan yang ada di masyarakat tersebut. Proses KIE dan konseling KB tentu harus dilakukan dengan pendekatan yang berbeda dan hal ini amat tergantung pada *skill* tenaga lapangan KB. Diperlukan metode KIE yang lebih inovatif untuk mengajak masyarakat miskin dalam ber-KB. Metode tersebut dapat berbentuk pedoman teknis pelaksanaan KIE untuk KPS dan KS-I dengan terlebih dahulu melakukan pemetaan pada permasalahan dalam melakukan KIE pada KPS dan KS-I. Selain itu tentu saja diperlukan peningkatan *skill* dan kompetensi SDM tenaga lini lapangan dalam melakukan promosi dan KIE program KB, serta pelatihan-pelatihan bagi bidan/dokter di rumah sakit pemerintah dan puskesmas/klinik dalam memberikan informasi dan konseling pelayanan KB.

4.2.6. Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)

Hasil survei pendataan keluarga menunjukkan bahwa jumlah PUS mengalami peningkatan setiap tahunnya, dari sekitar 37,7 juta PUS menjadi 43,6 juta PUS. PUS tersebut terbagi menjadi PUS yang ber-KB dan PUS yang tidak ber-KB karena berbagai alasan, seperti hamil, keinginan untuk segera memiliki anak, keinginan untuk menunda anak, dan tidak ingin memiliki anak lagi atau disebut dengan *unmet need*. Persentase PUS bukan peserta KB terlihat menunjukkan penurunan, hal ini mengindikasikan perbaikan akses pelayanan KB sehingga cakupan KB meningkat.

Tabel 13: Jumlah Pasangan Usia Subur

Tahun	Jumlah PUS ¹⁾	Jumlah PUS Bukan Peserta KB ²⁾	persen	Jumlah PUS yang Ber-KB ³⁾	Jumlah PUS yang Ber-KB dari KPS dan KS-I ³⁾	persen
2005	37.783.347*	10.464.613	27,7	27.318.734	11.800.003	43,2
2006	40.120.916	11.471.838	28,6	28.649.078	12.197.442	42,6
2007	41.257.075	11.505.317	27,9	29.751.758	12.309.642	41,4
2008	42.299.699	10.855.759	25,7	31.443.940	12.746.559	40,5
2009	43.669.892	11.256.839	25,8	32.413.053	13.104.246	40,4

Keterangan:

¹⁾ Hasil Survei Pendataan Keluarga; * : Data Pendataan Keluarga Tahun 2004

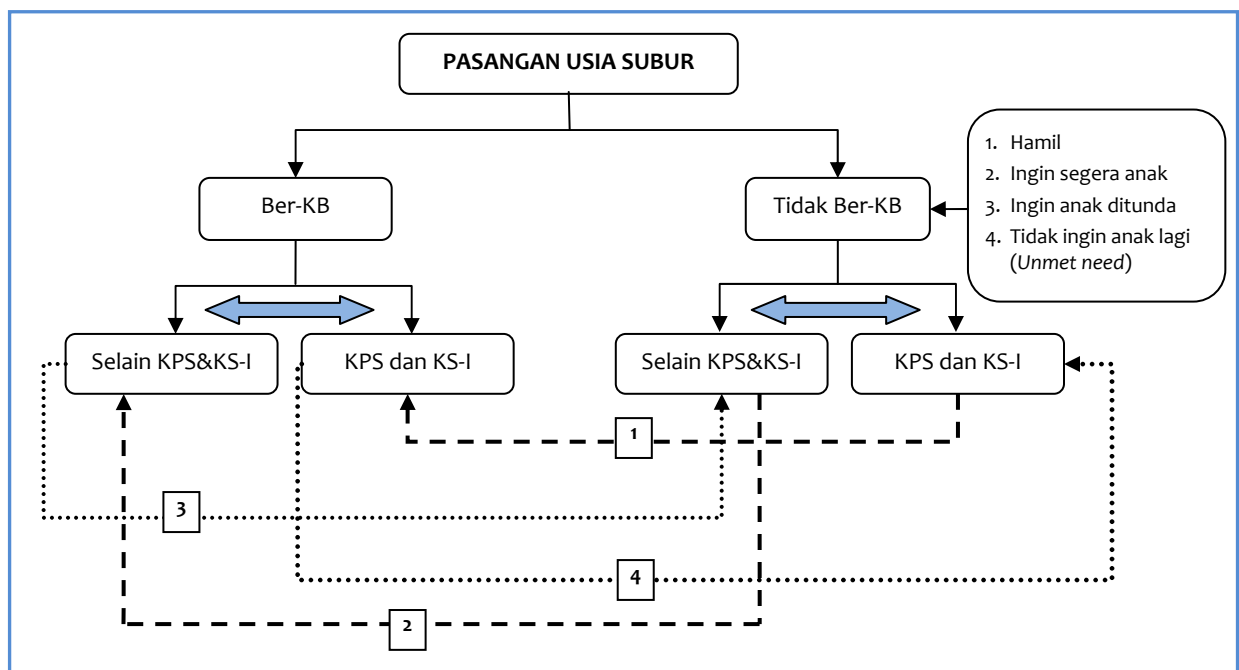
²⁾ Hasil Pengolahan Data, 2010

³⁾ Data Statistik Rutin BKKBN, 2009

Sekitar 40 persen dari jumlah PUS yang ber-KB merupakan peserta KB yang berasal dari KPS dan KS-I, meskipun secara absolut jumlah peserta KB tersebut meningkat, ternyata proporsinya terhadap jumlah total PUS yang ber-KB terus mengalami penurunan, yaitu dari 43,2 persen (2005) menjadi 40,4 persen (2009). Hal ini sulit dijelaskan lebih lanjut mengingat keterbatasan data yang tersedia. Data jumlah PUS yang tersedia pada Survei Pendataan Keluarga (BKKBN) tidak memisahkan antara jumlah PUS yang berasal dari KPS dan KS-I dengan jumlah PUS yang berasal dari luar KPS dan KS-I, oleh karena itu, pertambahan jumlah PUS tersebut tidak dapat dibandingkan dengan jumlah PUS total dari KPS dan KS-I.

Pembagian PUS menurut tahapan keluarga sejahtera yang menjadi peserta KB dan non-peserta KB dapat diilustrasikan sebagaimana terlihat pada Gambar 4 di bawah ini. Penambahan jumlah peserta KB dapat terjadi apabila (1) sebagian PUS yang berasal dari KPS dan KS-I mendapat pelayanan KB; (2) *unmet need* di luar KPS dan KS-I mendapat pelayanan KB. Sementara itu, pengurangan peserta KB akan terjadi apabila peserta KB keluar/*drop out* menjadi bukan peserta KB karena beberapa alasan, misalnya kegagalan kontrasepsi/terjadi kehamilan, keinginan untuk segera memiliki anak sehingga tidak lagi memakai alat kontrasepsi (3) dan (4).

Gambar 5. Penambahan dan Pengurangan Jumlah Peserta KB



Keterangan:

- ⇔ Perubahan status dan kondisi ekonomi PUS
- 1 PUS dari KPS dan KS-I (*unmet need*) mendapat pelayanan KB
- 2 PUS di luar KPS dan KS-I (*unmet need*) mendapat pelayanan KB
- 3 PUS di luar KPS dan KS-I *drop out* karena berbagai alasan
- 4 PUS dari KPS dan KS-I *drop out* karena berbagai alasan

Penambahan dan pengurangan peserta KB aktif merupakan faktor yang menentukan besarnya angka kesertaan ber-KB atau CPR. Angka kesertaan ber-KB nasional cara modern sebagaimana telah diuraikan di atas adalah sebesar 57,4 persen (SDKI 2007), sementara data pencapaian kesertaan ber-KB menunjukkan bahwa proporsi jumlah peserta KB dari KPS dan KS-I selama periode 2004-2009 adalah sekitar 40 persen dari peserta KB aktif, berdasarkan hal ini maka dapat disimpulkan bahwa pencapaian CPR nasional lebih didominasi oleh peserta KB di luar KPS dan KS-I. Akan tetapi, besaran kontribusi KPS dan KS-I terhadap pencapaian CPR nasional tersebut belum dapat diketahui karena keterbatasan data. Di samping itu, data-data SDKI lainnya seperti rendahnya informasi mengenai KB pada kelompok dengan tingkat kesejahteraan rendah, serta tingginya tingkat putus pakai alokon pada masyarakat miskin menunjukkan bahwa cakupan pelayanan KB bagi masyarakat miskin masih rendah. Oleh karena itu operasionalisasi kebijakan peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB bagi KPS dan KS-I haruslah didukung.

4.2.7. Pencapaian Peserta KB Baru dan Aktif Miskin Periode 2005-2009

Jumlah peserta KB baru dan aktif miskin (KPS dan KS-I) merupakan indikator untuk mengukur keberhasilan pencapaian kesertaan ber-KB. Kedua indikator tersebut menjadi sasaran dalam RKP periode 2005-2009. Sasaran yang harus dicapai setiap tahunnya didasarkan pada target perkiraan permintaan masyarakat (PPM). Perencanaan PPM tersebut dilakukan berdasarkan hasil Survei Pendataan Keluarga yang dilaksanakan oleh BKKBN setiap tahun. Di tingkat provinsi, target pencapaian peserta KB baru dan aktif miskin umumnya sedikit lebih tinggi dari sasaran RKP. BKKBN pusat berupaya memperkuat komitmen BKKBN provinsi untuk melaksanakan program KKB melalui kontrak kinerja provinsi (KKP). Dengan KKP, BKKBN provinsi berupaya untuk meningkatkan tingkat kesertaan ber-KB sesuai kemampuan dan kapasitasnya.

Jumlah peserta KB baru dan aktif dari KPS dan KS-I adalah target yang akan mendapat alat dan obat kontrasepsi gratis dari BKKBN. Data menunjukkan jumlah peserta KB baru miskin dan peserta KB aktif miskin terus meningkat selama periode RPJMN 2004-2009. Pada tahun 2005, jumlah peserta KB aktif yang berasal dari KPS dan KS-I mencapai 11,8 juta peserta, jumlah ini meningkat menjadi 13,1 juta peserta pada tahun 2009. Jumlah peserta KB baru miskin setiap tahun juga mengalami peningkatan pada periode yang sama, yaitu dari sebanyak 2,2 juta peserta KB baru miskin pada tahun 2005 menjadi 2,9 juta peserta KB baru miskin pada tahun 2009. Dibandingkan dengan jumlah total peserta KB aktif, jumlah peserta

KB aktif miskin pada tahun 2005-2009 berturut-turut tercatat sebesar 43,2 persen, 42,6 persen, 41,4 persen, 40,5 persen, dan 39,9 persen, sementara jumlah peserta KB baru miskin tercatat sebesar 54,2 persen, 53,2 persen, 47,3 persen, 41,2 persen, dan 40,4 persen. Berdasarkan hal ini maka dapat disimpulkan bahwa meski jumlahnya secara absolut telah meningkat, persentase peserta KB aktif dan baru miskin terhadap total peserta KB terus mengalami penurunan.

Tabel 14: Jumlah Peserta KB Baru Miskin dan Peserta KB Aktif Miskin 2005 – 2009

Indikator	2005			2006			2007		
	Sasaran RKP	PPM	Capaian	Sasaran RKP	PPM	Capaian	Sasaran RKP	PPM	Capaian
Peserta KB aktif (PUS)	28.000.000		27.318.734	28.600.000		28.649.078	28.600.000		29.751.758
Peserta KB baru (PUS)	5.600.000	5.492.700	4.229.924	5.600.000	5.709.650	5.083.927	5.700.000	5.579.900	5.704.311
Peserta KB aktif miskin (PUS)	11.800.000	11.842.890	11.800.003	12.000.000	12.135.500	12.197.442	12.200.000	12.175.000	12.309.642
Peserta KB baru miskin (PUS)	2.500.000	2.546.260	2.293.483	2.600.000	2.599.820	2.707.006	2.700.000	2.607.000	2.700.000

Indikator	2008			2009		
	Sasaran RKP	PPM	Capaian	Sasaran RKP	PPM	Capaian
Peserta KB aktif (PUS)	29.200.000		31.443.940	30.100.000		32.413.053
Peserta KB baru (PUS)	6.000.000	6.665.203	6.795.947	6.000.000	6.508.749	7.678.667
Peserta KB aktif miskin (PUS)	12.600.000	12.837.690	12.746.559	12.900.000	13.335.684	13.104.246
Peserta KB baru miskin (PUS)	2.900.000	3.339.650	2.800.000	2.900.000	3.486.891	2.950.286

Sumber: Diolah dari Statistik Rutin, BKKBN

Bila melihat hasil pencapaian RKP setiap tahun, hasil capaian peserta KB aktif miskin terhadap sasaran RKP mencapai di atas 100 persen. Selanjutnya, pencapaian peserta KB baru miskin juga sudah menunjukkan kinerja yang relatif baik. Pada tahun 2005, persentase peserta KB baru miskin yang terlayani KB dibandingkan dengan sasaran RKP mencapai 80,0 persen; seiring perbaikan akses dan kualitas pelayanan KB, kinerja pada tahun 2006, 2007, dan 2009 mengalami peningkatan, persentase peserta KB baru miskin terhadap sasaran RKP berturut-turut sebesar 92,3 persen; 100,0 persen, dan 101,7 persen. Meskipun pada tahun 2008, capaian peserta KB baru miskin tidak 100 persen tercapai (sebesar 96,6 persen), pada tahun 2009 seluruh sasaran peserta KB baru miskin telah mendapat layanan KB bahkan tertinggi persentasenya dibandingkan pencapaian-pencapaian tahun sebelumnya (sebesar 101,7 persen). Meskipun pencapaian peserta KB baru telah mencapai target RKP setiap tahunnya, kontribusi peserta KB baru miskin terhadap pencapaian peserta KB aktif miskin masih

dipertanyakan. Bila melihat perkembangan jumlah peserta KB aktif miskin selama 5 tahun, pertambahan jumlah peserta KB aktif miskin berturut-turut adalah 397.439 peserta (2005-2006), 112.200 peserta (2006-2007), 436.917 peserta (2007-2008), dan 357.687 peserta (2008-2009). Pertambahan tersebut terlihat kecil bila dibandingkan dengan jumlah peserta KB miskin yang masuk menjadi peserta KB (sekitar 2 juta peserta KB baru miskin/tahun). Diperlukan telaah data lebih lanjut untuk mengukur kontribusi peserta KB baru miskin terhadap penambahan jumlah peserta KB aktif miskin, karena pada peserta KB aktif miskin tersebut, diperkirakan banyak peserta KB yang *drop out* dikarenakan berbagai alasan seperti kegagalan kontrasepsi, kehamilan, dan menopause. Selain itu, isu kesalahan pencatatan dan pelaporan peserta KB aktif dan baru juga memerlukan studi lapangan lebih lanjut. Pada beberapa kasus dilaporkan terjadi *double counting* pencatatan peserta KB, hal ini dapat mengakibatkan jumlah peserta KB baru dan aktif lebih besar dari jumlah sebenarnya.

Tabel 15: Pertambahan PA Miskin dan Persentase PA Miskin Terhadap Jumlah PB Miskin

Tahun	Pertambahan Peserta KB Aktif Miskin/tahun	Persentase PA Miskin Terhadap Jumlah PB Miskin
2005-2006	397.439	17,3
2006-2007	112.200	4,1
2007-2008	436.917	16,2
2008-2009	357.687	12,8

Sumber: Diolah dari Statistik Rutin, BKKBN

Apabila capaian PB miskin dibandingkan dengan target PPM PB miskin, jumlah peserta KB baru miskin pada tahun 2009 mencapai 84,6 persen. Pencapaian alokon jenis suntikan merupakan yang tertinggi, sementara yang terendah adalah pencapaian IUD. Pencapaian metode kontrasepsi jangka panjang juga masih lebih rendah dibandingkan dengan metode kontrasepsi jangka pendek, data menunjukkan bahwa pencapaian IUD, MOP, MOW, dan implant rata-rata mencapai 63,6 persen sementara untuk alokon jenis suntikan, pil, dan kondom rata-rata sebesar 88,9 persen. Di samping itu, disparitas pencapaian peserta KB baru miskin antarprovinsi untuk masing-masing alokon juga perlu mendapat perhatian.

Tabel 16: Persentase Capaian PB Miskin Terhadap PPM PB Miskin Tahun 2008 - 2009

Alokon	2008			2009		
	Sasaran	Capaian	persen	Sasaran	Capaian	persen
IUD	528.100	21.779	4,12	338.185	125.862	37,22
MOP	33.200	1.473	4,44	9.857	8.282	84,02
MOW	43.500	4.537	10,43	36.949	29.332	79,39
IMPLANT	520.700	68.627	13,18	567.150	305.878	53,93
SUNTIKAN	1.202.750	286.814	23,85	1.183.541	1.355.357	114,52
PIL	893.400	182.243	20,40	969.697	897.575	92,56
KONDOM	118.000	17.927	15,19	381.512	228.000	59,76
JUMLAH	3.339.650	583.400	17,47	3.486.891	2.950.286	84,61

Sumber: Diolah dari Statistik Rutin, BKKBN

Selanjutnya, rata-rata pencapaian peserta KB aktif miskin dibandingkan dengan sasaran peserta KB aktif miskin sudah di atas 95 persen. Penggunaan metode kontrasepsi jangka pendek masih mendominasi pemakaian alokon selama periode RPJMN 2005-2009. Persentase pemakaian suntikan, pil, dan kondom cukup tinggi, yaitu di atas 100 persen; sementara penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang masih sulit ditingkatkan, rata-rata persentase pemakaian IUD dan implant mencapai sekitar 80 persen dan rata-rata persentase penggunaan MOP dan MOW masih sekitar 50 persen.

Tabel 17: Persentase Capaian PA Miskin Terhadap PPM PA Miskin Tahun 2005 - 2009

Alokon	2005			2006			2007		
	Sasaran	Capaian	persen	Sasaran	Capaian	persen	Sasaran	Capaian	persen
IUD	1.219.350	1.648.639	135,21	1.272.700	655.214	51,48	1.158.400	620.020	53,52
MOP	101.190	100.032	98,86	120.300	15.118	12,57	161.350	21.053	13,05
MOW	578.400	486.849	84,17	612.100	154.278	25,20	795.850	164.203	20,63
IMPLANT	1.007.150	931.856	92,52	1.016.100	670.501	65,99	1.169.600	681.948	58,31
SUNTIKAN	6.073.300	5.304.786	87,35	6.230.100	6.989.840	112,19	5.570.600	6.968.486	125,09
PIL	2.718.400	3.225.180	118,64	2.703.000	3.431.987	126,97	3.146.700	3.558.117	113,07
KONDOM	145.100	102.661	70,75	181.200	280.505	154,80	172.500	295.815	171,49
JUMLAH	11.842.890	11.800.003	99,64	12.135.500	12.197.442	100,51	12.175.000	12.309.642	101,11

Alokon	2008			2009		
	Sasaran	Capaian	persen	Sasaran	Capaian	persen
IUD	1.030.900	610.309	59,20	986.317	1.240.406	125,8
MOP	198.890	22.049	11,09	112.253	121.316	108,1
MOW	838.000	234.897	28,03	517.581	456.671	88,2
IMPLANT	1.216.800	850.355	69,88	1.354.510	1.300.955	96,0
SUNTIKAN	5.950.000	7.074.834	118,90	6.745.794	5.859.554	86,9
PIL	3.336.700	3.588.358	107,54	3.198.032	3.878.518	121,3
KONDOM	266.400	365.757	137,30	421.197	246.826	58,6
JUMLAH	12.837.690	12.746.559	99,29	13.335.684	13.104.246	98,3

Sumber: Diolah dari Statistik Rutin, BKKBN

4.3. Studi Kasus di Provinsi Sumatera Utara

4.3.1. Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Keluarga Miskin

Berbagai program dan kegiatan telah dikembangkan oleh institusi KB di daerah guna mendukung pelaksanaan program KB, termasuk pelayanan KB bagi masyarakat miskin. Berikut secara ringkas diuraikan program dan kegiatan yang telah disusun dan dilaksanakan oleh BKKBN Provinsi Sumut, BKBPP Deli Serdang, BPPKB Kota Medan serta dinas kesehatan. Program dan kegiatan yang dilaksanakan BKKBN Provinsi Sumut dalam menunjang pelayanan KB bagi masyarakat miskin meliputi:

- **Kebijakan Umum**
 - Menata kembali program dan kelembagaan KB;
 - Memberdayakan dan menggerakkan masyarakat utk membangun keluarga kecil berkualitas;
 - Menggalang kemitraan dalam meningkatkan kesejahteraan dan ketahanan keluarga serta akses dan kualitas pelayanan Keluarga Berencana/KB-kesehatan reproduksi/KR; dan
 - Meningkatkan promosi perlindungan dan perwujudan hak-hak reproduksi.
- **Kebijakan Operasional**
 - Meningkatkan perencanaan kehamilan dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan;
 - Meningkatkan status kesehatan perempuan dan anak;
 - Mengembangkan dan memantapkan program ketahanan dan pemberdayaan keluarga;
 - Memantapkan pelaksanaan mekanisme operasional lini lapangan;
 - Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KB-KR terutama untuk KPS dan KS-I;
 - Peningkatan kualitas pelaksanaan Pendataan Keluarga/PK tahun 2007;
 - Meningkatkan akses pria terhadap informasi pendidikan, konseling, pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi;
 - Memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin, rentan, serta daerah tertinggal, terpencil dan perbatasan;
 - Peningkatan pengendalian tingkat kelahiran penduduk;
 - Peningkatan kemitraan, advokasi, KIE, promosi dan pelayanan program KB nasional; dan

- Meningkatkan kualitas dan kuantitas partisipasi keluarga terutama KPS dan KS-I dalam upaya pemberdayaan ekonomi.
- **Strategi Dasar**
 - Meneguhkan kembali sendi-sendi pembangunan KB sampai ke tingkat lini lapangan pascapenyerahan kewenangan ;dan
 - Memantapkan komitmen program dan kesinambungan dukungan segenap *stakeholder* dari tingkat pusat sampai daerah.
- **Grand strategi**
 - Menyelesaikan kebijakan kependudukan dan pembangunan KB;
 - Meningkatkan kapasitas lembaga pengelolaan kependudukan dan KB;
 - Memperkuat SDM operasional program KB;
 - Menggerakkan dan memberdayakan *stakeholder*, mitra kerja dan masyarakat;
 - Meningkatkan pembiayaan program KB; dan
 - Mata dan informasi kependudukan dan KB.
- **Strategi Operasional**
 - Meningkatkan sistem pelayanan PKBN;
 - Meningkatkan kualitas dan prioritas program;
 - Meningkatkan eksistensi peran Toga/Toma di setiap desa dan kelurahan;
 - Menyebarkan informasi KB–KR dan masalah kesehatan reproduksi (kespro);
 - Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan Toga/Toma tentang alokon dan kespro;
 - Meningkatkan kualitas pelayanan KB dan akses pelayanan KB ke seluruh desa;
 - Meningkatkan komitmen para pengambil kebijakan untuk memberikan dukungan dalam pelayanan KB; dan
 - Memfungsikan dan mengoptimalkan kemampuan tenaga potensial desa (PPBKD dan Sub-PKBD).
- **Program Keluarga Berencana**
 - Pendidikan dan pelatihan masyarakat;
 - Pengadaan obat/vaksin;
 - Pelayanan kesehatan/perbaikan gizi ibu, anak, dan KB;
 - Bulan Bhakti IBI;
 - TMKK;

- PKK KB Kes;
 - KB Bhayangkara;
 - Tim KB Kontrasepsi Mantap/Kontap;
 - Operasional Askeskin;
 - Pelayanan KB Tim KB Keliling/TKBK provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desa;
 - MOW;
 - Pengayoman medis;
 - Pencabutan Implant;
 - Orientasi KIE, kontap pria bagi kader;
 - Penyediaan alokon ke seluruh klinik pemerintah di seluruh kabupaten/kota;
 - *Mapping* wilayah tertinggal, terpencil, dan perbatasan/Galciltas;
 - Melaksanakan pelayanan KB di daerah Galciltas pada KPS dan KS-I; dan
 - Melaksanakan KB secara khusus pada PUS *unmeet need*, PUS muda paritas/ Mupar di daerah Galciltas.
- **Program Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga**
 - Pelatihan kewirausahaan;
 - Penyuluhan dan penyebaran informasi;
 - Operasional mobil pelayanan/Mupen;
 - Melaksanakan kerja sama dengan pengusaha kecil dan kelompok ekonomi mikro;
 - Menetapkan kelompok percontohan;
 - Lomba keluarga harmonis;
 - Pembentukan Pos Pembina KB Desa/PPKBD di desa;
 - Pemberian dana operasional PPKBD;
 - Menyediakan alokon pil dan ulangan bagi PPKBD;
 - Temu kader institusi manajemen perdesaan/IMP;
 - Kegiatan terpadu kesatuan gerak PKK KB Kes dan TMKK;
 - Pendataan KB lestari;
 - Dialog interaktif melalui TV dan radio;
 - Kampanye KB melalui angkutan umum;
 - Orientasi bagi Toga/Toma;
 - Penyebaran informasi KB melalui media cetak dan elektronik; dan
 - Memfasilitasi dan menggerakkan program KB melalui tenaga lini lapangan dan instusi masyarakat.

- **Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)**
 - Orientasi pendidik sebaya dan konselor sebaya dan
 - Seminar kesehatan reproduksi remaja
- **Program Penguatan Kelembagaan**
 - Pendidikan dan pelatihan teknis dan
 - Pendidikan dan pelatihan masyarakat
- **Program Pengelolaan Sumber Daya Manusia Aparatur**
 - Pendistribusian sarana dan prasarana peningkatan kualitas;
 - Peningkt kualitas perencanaan prog secara terpadu;
 - Pemanfaatan anggaran APBN *dropping*;
 - Pelatihan *refreshing* bagi PLKB;
 - Pelatihan KB berwawasan gender;
 - Pelatihan vasektomi bagi dokter;
 - Mini survei peserta KB aktif;
 - Survei indikator RPJM;
 - Orientasi camat seluruh Sumut;
 - Orientasi PK bagi PPKBD seluruh Sumut;
 - Pelatihan Inseri IUD bagi bidan; dan
 - Pelatihan TOT IMP, KRR, advokasi, potensi dini, manajemen bagi Toga/Toma.

BKKBN Provinsi Sumatera Utara telah menyusun kebijakan dan strategi program KB dengan komprehensif dan selaras dengan RPJMN 2004-2009, termasuk dukungan pelayanan KB kepada masyarakat miskin, yaitu antara lain melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan bagi KPS dan KS-I serta bantuan pemberdayaan ekonomi.

Adapun program dan kegiatan yang telah dilaksanakan oleh Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan/BKBPP Kabupaten Deli Serdang adalah sebagai berikut :

- **Strategi :**
 - Mengendalikan kelahiran dan memperkecil angka kematian;
 - Meningkatkan kualitas pelayanan KB dan Kespro;
 - Meningkatkan akses pria terhadap informasi, pendidikan, konseling dan pelayanan KB kespro;

- Meningkatkan pemberdayaan dan ketahanan keluarga;
 - Meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi remaja;
 - Penguatan kelembagaan dan jaringan KB; dan
 - Menata kebijakan persebaran dan mobilitas penduduk secara seimbang.
- **Kebijakan**
 - Pengendalian kelahiran;
 - Meningkatkan akses informasi dan kualitas pelayanan KB–KR;
 - Meningkatkan akses pria terhadap informasi, pendidikan, konseling dan pelayanan KB–KR;
 - Meningkatkan pembinaan dan status kesehatan perempuan dan anak;
 - Meningkatkan pembinaan dan pengintegrasian informasi dan pelayanan; konseling bagi remaja tentang kehidupan seksual, HIV/AIDS, dan Napza;
 - Meningkatkan ketahanan keluarga melalui kegiatan tribina;
 - Meningkatkan kesejahteraan keluarga melalui pemberdayaan ekonomi; dan
 - Penguatan kualitas pengolahan data informasi keluarga.
 - **Kegiatan**
 - Penyuluhan KB kepada calon peserta KB;
 - Konsultasi KB kepada peserta aktif dan peserta KB baru;
 - Pelayanan KB keliling;
 - Pelayanan dalam rangka IBI, Korpri, Bhaksos TNI KB Kesehatan, Bhayangkara, dan Kesatuan Gerak PKK–KB–Kesehatan;
 - Koordinasi dengan petugas lini lapangan, mencakup rapat koordinasi desa, *staf meeting*, rapat koordinasi kecamatan, dan rapat konsultasi;
 - Koordinasi dengan bidan/dokter: pelayanan KB, mini lokakarya, dan pencatatan dan pelaporan;
 - Kegiatan dengan puskesmas/klinik: Pelayanan KB, Konseling KB, dan pencatatan dan pelaporan;
 - Koordinasi dengan RS, dinkes, dinsos, Bappeda, BKKBN provinsi; dan
 - Pendataan KPS dan KS-I, pencatatan dan pelaporan, serta evaluasi.

Kepala Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana/BPPKB Kota Medan cukup perhatian kepada KPS dan KS-I bukan hanya dalam pelayan KB tetapi juga dukungan pada peningkatan kondisi ekonominya. Berikut kegiatan yang dilaksanakan oleh BPPKB Kota Medan.

- Tim KB Keliling;
- Bhakti KB-IBI, Bhakti sosial KB-Bhayangkara, Bhakti sosial terpadu TNI-KB-Kes, Kesatuan gerak PKK-KB-Kes, Yan KB-Kes dalam HUT RS dr. Komang (RS Angkatan Laut), Bhakti sosial jama'ah gereja Immanuel, HUT Kota Medan;
- Pelayanan rutin di klinik KB pemerintah/swasta;
- Pelayanan melalui jalur dokter dan bidan praktek swasta;
- Kegiatan kepedulian KPS dan KS-I, yaitu :
 - Perbaikan atap, lantai dan dinding (Aladin). Syarat peserta adalah dari KPS dan KS-I, rumah dan tanah adalah milik sendiri dan ditempati, letak tanah harus legal dan tidak berada di jalur hijau, dan bagi PUS harus menjadi peserta KB. Adapun hasilnya telah mampu melaksanakan ALADIN sebanyak 125 rumah pada tahun 2007, 100 rumah di tahun 2009 dan 50 rumah di tahun 2010;
 - Pinjaman dana bergulir sebesar Rp 5 juta,- untuk tiap kelompok Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera/UPPKS yang bersumber dari Bansos. Jumlah UPPKS pada tahun 2006 yaitu 50 kelompok dan pada tahun 2010 telah berkembang menjadi 81 kelompok.

Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang memberikan pelayanan KB melalui Kegiatan Pelayanan KB dan Konseling KB. Dalam kurun waktu RPJMN 2004 – 2009, kegiatan prioritas mereka untuk masyarakat miskin adalah Pelayanan KB Gratis. Pelaksanaan di lapangan banyak dilakukan bekerjasama dengan PKK. Pelayanan KB gratis tersebut juga telah menjadi prioritas Pemda. Namun sepertinya mekanisme perencanaan target pelayanan KB bagi keluarga miskin serta kerja sama dengan SKPD KB dan BKKBN provinsi, belum sepenuhnya dikoordinasikan dengan baik oleh Dinas Kesehatan Deli Serdang.

Mencermati program dan kegiatan KB di BKKBN Provinsi Sumut, BKBPP Deli Serdang, BPPKB Kota Medan serta dinas kesehatan melalui puskesmas, masyarakat miskin mendapat pelayanan KB melalui pelayanan KB gratis, yaitu gratis pemberian alokonnya dan gratis biaya pelayanannya, seperti pemasangan atau pencabutan alokon, serta MOP dan MOW. Untuk mendapatkan pelayanan KB tersebut, akseptor KB dari keluarga miskin dapat pergi ke puskesmas/klinik statis, rumah sakit ataupun datang ke tempat-tempat pelayanan KB keliling, baik yang diselenggarakan oleh

BKKBN Provinsi ataupun SKPD KB. Bentuk dari kegiatan KB keliling ini bermacam-macam, pada umumnya dalam bentuk bhakti sosial. Keluarga miskin yang ingin mendapatkan pelayanan KB gratis di puskesmas/klinik statis maupun rumah sakit harus membawa kartu Jamkesmas¹ atau Jaminan Kesehatan Daerah/Jamkesda. Sedangkan pelayanan di klinik KB keliling (Muyan) tidak memerlukan Jamkesmas/Jamkesda.

Selain itu, di Kota Medan terdapat Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Medan Sehat/ JPKMS yaitu program yang dilakukan oleh pemerintah kota Medan untuk membantu masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas, tetapi JPKMS tidak melayani semua jenis penyakit seperti cuci darah, kanker, dan operasi jantung . Sedangkan Jamkesda merupakan program dari pemerintah daerah yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang tidak masuk dalam kepesertaan program JPKMS dan Jamkesmas. Di samping itu, BKKBN dan daerah tertentu yang cukup mampu APBD-nya, seperti BPPKB Kota Medan, juga peduli terhadap kondisi ekonomi KPS dan KS-I. Oleh karena itu, diberikan bantuan melalui bantuan sosial yaitu Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera/UPPKS²

Mencermati berbagai bentuk program dan kegiatan di atas, maka untuk menguatkan program pelayanan KB dalam era otonomi daerah sekarang ini, hal strategis yang perlu diupayakan dengan lebih serius adalah penguatan kelembagaan, yang antara lain penguatan tupoksi organisasi, penguatan SDM, sarana dan prasarana serta pengembangan *data base*. Penguatan kelembagaan menjadi mutlak dan urgen karena merupakan peletakan fondasi untuk pembentukan institusi beserta tugas dan tanggung jawabnya. Selanjutnya masalah data juga masih relatif lemah pendayagunaannya, sedangkan data adalah modal dasar untuk penyusunan program. Data yang lengkap dan akurat disertai dengan pengolahannya dalam evaluasi program dan kegiatan, merupakan sarana strategis untuk melakukan koordinasi dengan

¹ Jaminan Kesehatan meliputi antara lain asuransi kesehatan/Askes yang diperuntukkan bagi masyarakat yang bekerja sebagai pegawai negeri sipil maupun non-sipil dan anggota keluarganya yang masih berumur di bawah 21 tahun atau belum menikah. Para pensiunan beserta istri ataupun suami juga dijamin seumur hidup. Asuransi kesehatan miskin/Askeskin merupakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) yang diselenggarakan oleh PT. Askes (Persero) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan asuransi kesehatan menyeluruh kepada rakyat, terutama warga miskin, yang kemudian pada tahun 2008 diubah terminologinya menjadi Jamkesmas dimana PT. Askes (Persero) ditugaskan untuk mengelola manajemen kepesertaannya.

² Kegiatan bantuan UPPKS dalam bentuk dana bergulir telah berakhir di tahun 2009, dan di RPJMN II kegiatan tersebut diganti dengan bentuk fasilitasi/pengenalalan KPS dan KS-I kepada lembaga keuangan.

pemerintah kota, pemerintah kabupaten, dan Bappeda, khususnya untuk mendapatkan dukungan yang cukup signifikan dalam APBD.

Dengan demikian tanpa penguatan kelembagaan maka program dan kegiatan pelayanan KB cenderung tidak berkesinambungan dan harmonis. Hal ini berdampak pada pelayanan KB yang kurang efektif pelaksanaannya dan hasil menjadi tidak optimal.

4.3.2. Dukungan Pemda Terhadap Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pemda telah memberikan dukungan terhadap pelayanan KB bagi masyarakat miskin, akan tetapi belum signifikan. Sejak era otonomi daerah, maka dukungan Pemda terhadap program KB merupakan hal yang sangat strategis, baik untuk pengembangan program KB di daerah maupun pada kontribusi pencapaian target – target program KB tingkat nasional. Dukungan Pemda di Kabupaten Deli Serdang untuk program KB telah diberikan dengan komitmen dibentuknya Badan KB dan PP serta dukungan APBD untuk berbagai program dan kegiatan KB. Salah satu perhatian pemda terhadap pelayanan KB adalah dibentuknya kegiatan terpadu melalui Tim Penanggulangan Rawan Pangan yang terdiri dari lintas-sektoral dan lintas-program. Khusus berkaitan dengan dukungan terhadap pengadaan alokon gratis, dana yang disediakan APBD dirasakan masih belum mencukupi memenuhi kebutuhan. Di sisi lain Bappeda Kota Medan menyampaikan bahwa dukungan kenaikan anggaran sangat mungkin dilakukan jika SKPD KB mampu menunjukkan urgensi program dan kegiatan KB yang tentunya memerlukan dukungan data yang valid dan akurat serta analisis yang tajam. Selama ini pemda telah membantu antara lain melalui dana sharing dalam DAU dan DAK bidang KB serta pelatihan–pelatihan yang dilakukan oleh BKKBN provinsi.

4.3.3. Pandangan Terhadap Kriteria Keluarga Miskin Menurut BPS dan BKKBN

Perbedaan kriteria tentang masyarakat miskin telah lama dirasakan oleh berbagai pihak, dan upaya koordinasi yang telah dilakukan ternyata belum mampu menyelesaikan masalahnya. Hal ini berakibat pada perencanaan yang kurang bagus, pelaksanaan kegiatan yang tidak efektif serta manfaat yang tidak maksimal khususnya bagi masyarakat miskin.

BKBPP Kabupaten Deli Serdang merasa tidak ada masalah dengan adanya perbedaan kriteria keluarga miskin antara kriteria BKKBN dan kriteria BPS. Data yang digunakan selama ini adalah data keluarga berdasar BKKBN. Selama ini bagi dinas kesehatan, yang menjadi acuan data masyarakat miskin adalah berdasar data BPS. Tidak diuraikan lebih jauh permasalahan di lapangan dengan adanya perbedaan pendataan tersebut. Namun dalam diskusi di kantor BKKBN Provinsi Sumatera Utara, disampaikan oleh para peserta diskusi bahwa memang terjadi permasalahan dengan adanya dua pendekatan terhadap pendataan masyarakat miskin tersebut.

Bappeda Kota Medan dan Bappeda Deli Serdang menyampaikan bahwa mereka memiliki kedua data tersebut akan tetapi yang dari BKKBN atau pendataan keluarga lebih akurat, dan oleh karena itu Bappeda memakai versi Pendataan Keluarga. Bagi puskesmas, sebagaimana diinformasikan oleh bidan di Deli Serdang, pendataan akseptor KB dari keluarga miskin adalah melalui pendataan keluarga. Lebih jauh Bappeda Kota Medan mengatakan bahwa perlu koordinasi pendataan, agar orang miskin tidak lagi terlewatkan dalam pelayanan KB di tahun 2011. Selama ini data dari BPS tidak berasal dari "door to door" (sampel random), sehingga di lapangan ditemui permasalahan yaitu data tidak valid dan jumlahnya selalu lebih kecil dari jumlah riil dan diakui bahwa data dari Pendataan Keluarga (BKKBN) lebih valid. Selama ini antara BKKBN, dinas kesehatan, dan BPS masing-masing memiliki data untuk kepentingan masing-masing. Disampaikan pula oleh Bappeda Kabupaten Deli Serdang bahwa sudah ada daftar orang miskin di Deli Serdang berdasarkan nama, tetapi ada permasalahan keterpaduan pelaksanaannya antar-SKPD. Untuk itu perlu koordinasi dengan melibatkan lintas-sektor yaitu BPS, dinas kesehatan, SKPD KB, BKKBN provinsi serta kecamatan, dan kelurahan. Disarankan agar Bappeda tidak harus menunggu pemerintah pusat untuk segera melakukan inisiatif pengaturan koordinasi data di daerah dalam rangka penguatan perencanaan daerah.

4.3.4. Pedoman Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pelaksana pelayanan KB bagi masyarakat miskin belum mempunyai pedoman yang baku dan terkoordinir dengan pihak terkait. Pedoman pelayanan KB bagi masyarakat miskin seharusnya bukan hanya menjadi urusan BKKBN akan tetapi sejak era otonomi daerah Pemda harus memprioritaskan pula berbagai pedoman program dan kegiatan, termasuk juga pelayanan KB. Hal tersebut terkait dengan

berapa peraturan seperti Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2004 Tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pusat dan Daerah, Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2008 Tentang Organisasi Perangkat Daerah serta Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga.

Di lapangan, ditemui bahwa pemahaman SKPD KB Kabupaten/Kota dan dinas kesehatan tentang acuan atau pedoman dalam memberikan pelayanan KB bagi masyarakat miskin, hanya mencakup hal teknis pelayanan saja yaitu mengacu pada Juklak Jamkesmas. Bidan di puskesmas kurang tahu persis yang dimaksud pedoman tersebut. Bagi BKKBN Provinsi Sumut, belum ada peraturan khusus terkait pelayanan KB bagi masyarakat miskin, namun demikian telah ada beberapa juklak walaupun belum optimal manfaatnya untuk panduan dalam perencanaan, pelaksanaan, serta *monitoring* dan evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin.

Disampaikan oleh BKBPP Kabupaten Deli Serdang bahwa acuan yang menjadi pedoman pelaksanaan pelayanan KB bagi masyarakat miskin adalah UU No.59/2009, Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 1994 Tentang Pengelolaan Perkembangan Kependudukan serta Juklak Jamkesmas 2009. Acuan tersebut dirasa sudah cukup namun perlu ditambah dengan standart operasional. BPPKB Kota Medan tidak spesifik menjelaskan acuan yang mereka pakai untuk pelaksanaan pelayanan KB bagi masyarakat miskin. Dalam pelaksanaannya mungkin acuan yang sama telah digunakan BPPKB Kota Medan. Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang menyampaikan bahwa pedoman yang selama ini menjadi acuan untuk pelayanan terkait dengan keluarga miskin adalah Juklak Jamkesmas 2009 dan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas secara umum yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Dinas kesehatan masih ragu ketika ditanya sejauh mana juklak dan pedoman tersebut telah membantu pelaksanaan tugas mereka, termasuk untuk perencanaan, pelaksanaan, serta *monitoring* dan evaluasinya.

Pedoman atau acuan dalam memberikan pelayanan KB bagi masyarakat miskin juga belum diketahui oleh responden bidan di Puskesmas Kota Medan. Responden bidan di Deli Serdang menyampaikan bahwa sebagai pedoman atau acuan dalam memberikan pelayanan KB bagi masyarakat miskin selama ini adalah Buku Kunjungan.

4.3.5. Penggunaan Alokon oleh Akseptor

Terdapat penilaian atau pengamatan yang berbeda oleh instansi pemerintah daerah terhadap penggunaan alokon oleh akseptor apakah telah sesuai atau belum sesuai dengan keinginan akseptor. Namun semua memberi keterangan yang sama bahwa sebagian besar akseptor memilih suntik dengan alasan praktis dan selalu tersedia. Adapun keterangan yang didapat adalah sebagai berikut. BKBPP kabupaten Deli Serdang, sebagian alokon yang diberikan kepada akseptor masih belum sesuai dengan keinginan akseptor. Sebagian besar akseptor memilih pil karena dinilai lebih praktis dan tersedia. Menurut Dinas Kesehatan Deli Serdang, pada umumnya alokon yang dipakai oleh akseptor telah sesuai dengan yang mereka inginkan, dan yang paling disukai oleh akseptor adalah suntik. BPPKB Kota Medan melaporkan bahwa alokon yang digunakan peserta KB telah sesuai dengan keinginan mereka dan pada umumnya menyukai metode kontrasepsi suntik. Tidak berbeda dengan pengamatan oleh BKKBN Provinsi yaitu bahwa alokon yang digunakan oleh akseptor telah sesuai dengan keinginan peserta KB dan rata-rata mereka memilih suntik karena mudah dan praktis.

4.3.6. Perencanaan Pengadaan Alokon Gratis dan Pendistribusiannya

Pengetahuan dan pemahaman tentang perencanaan pengadaan dan pendistribusian alokon gratis bagi masyarakat miskin masih beragam. Adapun keterangannya adalah sebagai berikut. Staf BKBPP Kabupaten Deli Serdang sepertinya tidak tahu persis apakah ada Juknis terkait dengan pengusulan atau permintaan alokon gratis yang dapat menjadi acuan kerja. Sedangkan menurut BPPKB Kota Medan, ketersediaan alokon di puskesmas dapat dijamin ketersediaannya yaitu melalui evaluasi bulanan dengan melihat F/II/KB dan rencana distribusi yang disesuaikan dengan kebutuhan puskesmas/klinik.

Bidan responden di Puskesmas Kota Medan menyampaikan bahwa pengusulan permintaan alokon gratis dilaksanakan setiap 3 bulan sekali dan apabila persediaan alokon habis maka dapat diajukan permintaan sewaktu – waktu. Demikian juga keterangan dari bidan di puskesmas di Deli Serdang bahwa tidak ada pedoman atau panduan untuk pengusulan permintaan alokon gratis. Mekanisme yang biasanya dilaksanakan adalah tiap 3 bulan sekali membuat permintaannya. Sedangkan laporan

dilakukan tiap bulan ke kecamatan dan kemudian diteruskan ke tingkat dua. Namun, di lapangan dinas kesehatan tidak tahu persis pencatatan distribusi alokon di puskesmas karena tidak pernah mendapat tembusan administrasi pendistribusiannya.

Biaya pendistribusian alokon dari SKPD KB ke puskesmas/klinik juga belum mendapat dukungan maksimal dari pemda sehingga terkadang beban biaya ini dibebankan kepada peserta KB sebagai bagian dari biaya administrasi. Kota Medan telah mendapat bantuan biaya pendistribusian alokon dari APBD, sedangkan Kabupaten Deli Serdang belum mendapat bantuan dari APBD.

4.3.7. Pengenaan Biaya pada Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pemahaman awal sebuah pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin adalah ber-KB tanpa mengeluarkan biaya, akan tetapi di lapangan ditemui keluhan dari para peserta KB. Beberapa keluhan peserta KB adalah sebagai berikut :

- Peserta KB harus mempunyai Jamkesmas atau Jamkesda. Untuk mengurus Jamkesmas atau Jamkesda dirasakan rumit dan membutuhkan biaya sekitar Rp 50.000,-;
- Ada biaya administrasi, misal untuk kartu pendaftaran sebesar Rp 3.000,-
- Biaya pengurusan surat keterangan miskin cukup memberatkan;
- Biaya transportasi menuju tempat pelayanan KB relatif memberatkan. Ada peserta KB yang datang sendiri ke tempat pelayanan KB atau bersama rombongan yang dikoordinir oleh petugas lapangan;
- Terkadang harus membeli sendiri obat atau antibiotiknya.

Penjelasan dari instansi yang terlibat dalam pelayanan KB bagi masyarakat miskin, yaitu BKKBN Provinsi, BPPKB Kota Medan, BKBPP Deli Serdang serta puskesmas, menyampaikan bahwa berbagai bentuk pelayanan KB bagi masyarakat miskin adalah gratis atau tidak dipungut biaya, baik untuk alokonnya maupun untuk pelayanannya, yaitu melalui kartu Jamkesmas atau JKPMs atau Jamkesda. Apabila calon peserta KB tidak memiliki kartu tersebut, maka dapat menggunakan surat keterangan miskin untuk mendapatkan pelayanan KB. Pengurusan surat keterangan miskin yaitu ke Kelurahan dan Kecamatan dengan membawa KTP dan KK. Praktek di lapangan, petugas puskesmas akan melihat apakah klien tersebut miskin, apabila miskin maka tidak dikenai biaya. Para peserta KB juga tidak banyak keluhan atas

pelayanan tersebut. Sebagai informasi tambahan, untuk pemasangan implant di bidan swasta umumnya dikenakan biaya sebesar Rp 200.000,-. Biaya pemasangan implant di dokter umum mencapai di atas Rp 500.000,- dan biaya untuk pemasangan IUD di dokter spesialis di atas Rp 750.000,-.

4.3.8. Pendataan Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pendataan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I masih minim dan belum didayagunakan sebagai basis perencanaan pelayanan KB yang komprehensif dan akurat. Berdasarkan keterangan dari SKPD KB dan dinas kesehatan baik di Kota Medan maupun di Kabupaten Deli Serdang, pelayanan KB telah diberikan oleh pemerintah selama kurun waktu 2005 hingga tahun 2009. Bentuk pelayanan yang diberikan antara lain berupa pemberian alokon, konsultasi KB, pemasangan/pencabutan alat kontrasepsi, pelayanan ganti cara, serta penanganan kasus komplikasi. Pelayanan KB tersebut telah disertai pula dengan penjelasannya kepada para peserta KB.

Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat miskin, baik dari sisi kualitas maupun jangkauannya, maka diperlukan pula data lapangan terhadap berbagai kendala pelayanan. Namun demikian, di Kota Medan juga belum terdapat berapa jumlah KPS dan KS-I yang tidak dapat dilayani di klinik atau puskesmas karena tidak memiliki kartu Jamkesmas/Jamkesda. Hal ini menjadi salah satu kendala untuk penyempurnaan kedepannya. Apakah cukup signifikan masyarakat miskin yang ternyata tidak terlayani, ataukah hanya sebagian kecil saja. Dilaporkan oleh BKKBN Provinsi Sumatera Utara bahwa mekanisme pendataan KPS dan KS-I telah diatur melalui Pendataan Keluarga oleh BKKBN.

Sebagaimana disampaikan BKBPP Deli Serdang dan Dinas Kesehatan Deli Serdang bahwa semua calon atau peserta KB dari keluarga miskin telah mampu dilayani dengan baik dan tidak ada masyarakat yang tidak terlayani karena masalah kepemilikan kartu Jamkesmas ataupun masalah pengenaan biaya pelayanan. Selanjutnya, dokter dan bidan dari puskesmas di Kabupaten Deli Serdang menyampaikan bahwa pelaksanaan pelayanan KB di puskesmas biasanya untuk pelayanan kontrasepsi suntik dan pil. Mobil pelayanan KB melayani implant, suntik, dan pil, sementara pelayanan MOP/MOW dilaksanakan di rumah sakit. Pelaksanaan

pelayanan KB dengan Muyan biasanya menunggu sampai terkumpul akseptor sejumlah 100 orang akseptor. Akseptor yang memiliki kartu Jamkesmas akan mendapat pelayanan KB dengan menunjukkan kartu Jamkesmas, dan bagi yang tidak memiliki Jamkesmas maka disarankan untuk mengurus Jamkesda melalui dinas sosial terkait.

Selanjutnya, hasil pendataan keluarga selama periode 2003 sampai dengan 2009 menunjukkan bahwa jumlah KPS dan KS-I mengalami penurunan, yaitu dari sebesar 40,3 persen pada tahun 2003 menjadi 35,2 persen pada tahun 2009. Persentase KPS maupun KS-I masing-masing mengalami penurunan meskipun pada tahun-tahun tertentu sedikit berfluktuasi. Capaian peserta KB baru miskin pada tahun 2009 terlihat tidak mencapai target yang telah ditentukan, yaitu hanya 62,9 persen. Hal ini dapat dikarenakan sistem pendataan peserta KB baru yang belum sempurna ataupun memang sasaran yang ditentukan tidak tercapai. Sementara, target peserta KB aktif dari KPS dan KS-I selama periode 2005-2008 selalu mencapai di atas 100 persen, hanya pada tahun 2009, target belum sepenuhnya tercapai.

Tabel 18. Jumlah KPS dan KS-I Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2003-2009

Tahun	Wilayah	Jumlah Keluarga	KPS		KS-I		KPS + KS-I	
			JML	%	JML	%	JML	%
1	2	3	4	5=4/3	6	7=6/3	8	9=8/3
2003	Sumut	2.454.216	236.890	9,7	751.981	30,6	988.871	40,3
	Nasional	51.905.752	11.913.869	23,0	14.797.788	28,5	26.711.657	51,5
2004	Sumut	2.553.618	240.870	9,4	783.087	30,7	1.023.957	40,1
	Nasional	53.279.835	11.870.204	22,3	15.238.243	28,6	27.108.447	50,9
2006	Sumut	2.758.111	369.045	13,4	699.222	25,4	1.068.267	38,7
	Nasional	55.803.271	13.326.683	23,9	13.413.562	24,0	26.740.245	47,9
2007	Sumut	2.829.087	364.838	12,9	678.320	24,0	1.043.158	36,9
	Nasional	57.491.268	13.479.039	23,4	13.387.570	23,3	26.866.609	46,7
2008	Sumut	2.893.421	348.160	12,0	684.177	23,6	1.032.337	35,7
	Nasional	59.055.159	13.547.651	22,9	13.758.879	23,3	27.306.530	46,2
2009	Sumut	2.977.473	354.982	11,9	694.343	23,3	1.049.325	35,2
	Nasional	60.882.467	13.571.611	22,3	14.391.993	23,6	27.963.604	45,9

Sumber: BKKBN Provinsi Sumatera Utara

Tabel 19. Jumlah Peserta KB Baru Miskin dan Peserta KB Aktif Miskin Provinsi Sumatera Utara

Peserta KB Baru Miskin				
Tahun	Wilayah	PPM PB Miskin	Pencapaian PB Miskin	%
2008	Sumut	127.810	-	0,0
	Nasional	3.339.650	583.400	17,5
2009	Sumut	157.284	98.902	62,9
	Nasional	3.486.891	2.950.286	84,6
Peserta KB Aktif Miskin				
Tahun	Wilayah	PPM PA Miskin	Pencapaian PA Miskin	%
2005	Sumut	454.950	477.272	104,9
	Nasional	11.842.890	11.800.003	99,6
2006	Sumut	471.050	505.716	107,4
	Nasional	12.135.500	12.197.442	100,5
2007	Sumut	466.900	517.185	110,8
	Nasional	12.175.000	12.309.642	101,1
2008	Sumut	501.200	540.385	107,8
	Nasional	12.837.690	12.846.783	100,1
2009*)	Sumut	527.721	419.608	79,5
	Nasional	13.335.684	12.946.277	97,1

Sumber: BKKBN Provinsi Sumatera Utara

4.3.9. Koordinasi Kerja

Berbagai bentuk koordinasi kerja telah dilakukan, namun perlu ditingkatkan untuk hal-hal yang bersifat strategis seperti harmonisasi kebijakan sasaran pelayanan KB bagi masyarakat miskin (kriteria miskin), evaluasi bersama, pedoman pelayanan, dan dukungan anggaran. Bentuk dan macam koordinasi kerja perlu didata sebagai informasi sejauhmana upaya penguatan kelembagaan, pengembangan program dan kegiatan serta respon pihak terkait untuk mendukung program KB .

Dalam pelaksanaan program KB, BPPKB Kota Medan maupun BKBPP Deli Serdang, telah berupaya dengan intensif untuk melakukan koordinasi dengan berbagai pihak terkait, antara lain yaitu petugas lini lapangan, bidan, dokter, puskesmas, klinik, RS, Bappeda, BKKBN provinsi, dinas kesehatan, dan dinas sosial serta pemerintah kota/Kabupaten. Substansi koordinasi mencakup baik dari sisi perencanaan, pelaksanaan, pelaporan serta evaluasinya. Koordinasi yang paling intensif dilakukan adalah dengan BKKBN provinsi, khususnya untuk pengadaan alokon dan pelaksanaan program KB.

BPPKB Kota Medan juga cukup intensif melakukan konsultasi dengan Pemko Medan terkait penyampaian pelaksanaan program KB. Upaya untuk meningkatkan dukungan pelaksanaan program melalui APBD juga telah cukup intensif dikoordinasikan dengan Bappeda. Tidak kalah pentingnya adalah penyusunan perencanaan program yang melibatkan partisipasi petugas lini lapangan.

Di tingkat puskesmas, seperti di Deli Serdang, koordinasi kerja yang dilakukan oleh puskesmas antara lain adalah safari KB dengan Muyan. Dilaksanakan melalui kerja sama antara BKKBN Provinsi Sumut dengan BPPKB Deli Serdang. Kendala yang dihadapi pada saat pelayanan dengan Muyan adalah jumlah minimal akseptor sebanyak 100 orang. Apabila kuota tersebut tidak terpenuhi, maka akseptor akan dibawa ke puskesmas. Dalam rangka pengumpulan akseptor, puskesmas bekerjasama dengan PLKB atau petugas KB serta dinas sosial. Cakupan dan intensitas koordinasi kerja tersebut menunjukkan bahwa :

- Cakupan koordinasi sudah cukup luas tetapi masih dirasakan belum signifikan hasilnya karena dukungan Pemda yang belum maksimal. Hal ini karena program KB masih dianggap belum prioritas;
- Untuk pengembangan kelembagaan KB serta pengembangan program KB, masih dirasakan pentingnya peran BKKBN provinsi untuk mendampingi dan mentransfer pengalamannya kepada institusi KB di daerah. Peran pemerintah Pusat masih diperlukan dalam pengembangan program KB di daerah.

Dengan demikian strategi ke depan adalah meningkatkan intensitas koordinasi kerja antara SKPD KB dengan pemerintah kota/kabupaten dan Bappeda.

4.3.10. Pengembangan Sumber Daya Manusia

BKKBN Pusat maupun BKKBN provinsi mempunyai peran sangat besar dalam pengembangan SDM di daerah dalam bidang KB. Berbagai pelatihan telah dilaksanakan oleh BKKBN Provinsi Sumut bekerjasama dengan SKPD KB, puskesmas, dan dinas kesehatan. Secara ringkas pelatihan tersebut mencakup sebagai berikut :

- 1) Pelatihan untuk petugas lini lapangan
 - Latihan dasar umum PKB,
 - *Refreshing* bagi PKB,
 - Latihan KIP Konseling KB.

- 2) Pelatihan untuk bidang/ tenaga medis
 - Pelatihan insersi IUD dan implant,
 - vasektomi tanpa pisau,
 - pelatihan *contraceptive technology update*/CPU,
 - Pelatihan KIP Konseling KB,
 - Pelatihan konseling KB dengan alat bantu peraga, Kesehatan/ABPK,
 - Pelatihan Teknis Program KB–RS.
- 3) Pelatihan *recording* dan *reporting*/RR

Selain BKKBN, Pemda juga memberikan dukungan dalam pengembangan SDM, sebagaimana dukungannya kepada BPPKB Kota Medan untuk pelatihan komputer.

4.3.11. Sarana dan Prasarana Pelayanan KB

Dukungan pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk pengadaan sarana dan prasarana pelayanan KB di daerah masih sangat minim dan ini menjadi kendala dalam pencapaian target program KB, baik di tingkat daerah maupun di tingkat nasional. Sarana dan prasarana di BPPKB Kota Medan relatif masih terbatas, antara lain yaitu Mupen dan Muyan. Sarana untuk penyuluhan, advokasi masih minim karena belum memiliki alat peraga penyuluhan, BKB Kit, KIE Kit. Hal ini perlu mendapat perhatian pemerintah daerah dan pusat. Dibandingkan dengan BPPKB Kota Medan, BKBPP Kabupaten Deli Serdang lebih minim karena belum mempunyai Mupen dan Muyan serta alat peraga penyuluhan, KIE Kit di tahun 2009. Adapun sarana yang telah dimiliki yaitu *implant kit*, IUD Kit, BKB Kit, dan *obgyn bed*.

Dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Deli Serdang bahwa pada umumnya puskesmas di daerah Deli Serdang belum mempunyai *Implant kit* serta *obgyn bed*. Salah satu bidan puskesmas di Deli Serdang yang diwawancarai, menginformasikan bahwa telah mendapat bantuan dari BKKBN untuk *implant kit*, IUD kit serta *obgyn bed*, dan sarana yang masih diperlukan adalah alat peraga penyuluhan, BKB Kit serta KIE kit. Sedangkan puskesmas di Kota Medan, telah mendapat dukungan dari DAK dan APBD untuk pengadaan sarana dan prasarana seperti IUD Kit dan *obgyn bed*.

4.3.12. Pelaksanaan Evaluasi Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Sejauh ini belum ada pedoman baku untuk melakukan evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin, sehingga masih minim pendayagunaan dan pengembangan data. Oleh karena itu belum terdapat laporan evaluasi yang mampu diandalkan, khususnya sebagai basis perencanaan program KB. Selain itu di daerah juga belum terbentuk tim evaluasi bersama antar instansi yang sangat diperlukan mengingat pelaksanaan pelayanan KB melibatkan berbagai instansi. Berikut sedikit gambaran pelaksanaan evaluasi pelayanan KB di daerah.

- Menurut BPPKB Kota Medan evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin dapat diukur melalui jumlah keluhan oleh peserta KB, tenaga medis yang cukup terlatih dan pelayanan gratis kepada KPS dan KS-I. Namun sayangnya BPPKB Kota Medan belum memiliki laporan evaluasi sebagaimana dimaksud, dan ke depan hal ini perlu diupayakan. Selain itu selama ini juga belum dibentuk tim interdep untuk evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin.
- BKKBN Provinsi Sumut menyampaikan bahwa belum pernah ada pengukuran keberhasilan dalam pelayanan KB miskin yang digunakan dalam pemantauan dan evaluasi selama ini. Selain itu juga belum dibentuk tim pemantauan dan evaluasi bersama dengan instansi lain untuk pelayanan KB gratis bagi KPS dan KS-I. BKBPP Deli Serdang tidak memberikan keterangan tentang metode evaluasi yang selama ini digunakan.

4.3.13. Kendala Pelaksanaan Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pengembangan pelayanan KB bagi masyarakat miskin telah banyak diupayakan, namun demikian masih terdapat beberapa kendala, yang intinya adalah terkait dengan ketersediaan data, alokasi, kualitas dan kuantitas SDM, dukungan dana operasional dan akses pelayanan KB serta kendala dalam proses pelayanan seperti koordinasi. Sebagaimana keterangan dari BKBPP Deli Serdang, BKKBN Provinsi Sumut, BPPKB Kota Medan yaitu bahwa beberapa hal penting yang perlu menjadi perhatian untuk meningkatkan efektifitas kegiatan KB adalah sebagai berikut:

- 1) Kurang optimalnya akses pelayanan KB terutama daerah terpencil, pegunungan, dan pantai;
- 2) Pelayanan KB diberikan gratis akan tetapi harus memiliki Jamkesmas atau Jamkesda. Untuk mengurus Jamkesmas atau Jamkesda agak repot dan perlu biaya sekitar Rp 50.000,-;
- 3) Keterbatasan ekonomi bagi akseptor untuk menjangkau pelayanan KB;
- 4) Peserta KB terkadang harus membeli sendiri obat atau antibiotik;
- 5) Beberapa sarana pelayanan KB masih ada yang mengutip bayaran kepada peserta KB dari masyarakat miskin;
- 6) Minimnya anggaran pada kegiatan rapat koordinasi desa dan kecamatan, mini lokakarya, advokasi, dan KIE;
- 7) Terbatasnya sarana untuk penyuluhan;
- 8) Minimnya dukungan dana dari Pemda untuk honor bagi PPKBD dan Sub-PPKBD³;
- 9) Penurunan anggaran KB apabila sedang ada pelaksanaan Pilkada;
- 10) Minimnya pengadaan alokon bagi keluarga miskin. Terbatasnya jaminan ketersediaan alokon di puskesmas sesuai dengan yang diminta akseptor. KPS dan KS-I menginginkan implant akan tetapi terbatas jumlahnya;
- 11) Ketersediaan tempat penyimpanan alokon kurang sesuai dengan standar yang ditentukan;
- 12) Masih terjadi tempat penyimpanan alokon disatukan dengan obat lainnya;
- 13) Terdapat alokon hormon yang mengganggu kesehatan ibu yang menyusui;
- 14) Terbatasnya ketersediaan obat side efek;
- 15) Masih banyak dirasakan keluhan sebagai side efek dari penggunaan alat kontrasepsi dan rata-rata peserta KB masih belum faham sepenuhnya;
- 16) Kurang optimalnya koordinasi kepada lintas sektoral dan lintas program;
- 17) Belum ada data PUS per KPS dan KS-I per alokon;
- 18) Terbatasnya dokter yang memiliki spesialis kandungan;
- 19) Terbatasnya jumlah dan kompetensi petugas lini lapangan⁴;
- 20) Penyuluhan yang belum efektif⁵. Penyuluhan masih perlu ditingkatkan baik cakupan maupun metodenya. Sebagai contoh kedalaman materi terkait keluhan efek samping, dan pemahaman cakupan pelayanan gratis. Disarankan jumlah

³ Pemda Kota Medan memberikan uang makan buat PLKB dan subPPKBD sebesar Rp 10.000,- dan uang insentif selama 5 bulan.

⁴ Pada masa sentralisasi cakupan wilayah kerja 1 PLKB untuk 2 desa, dan pasca desentralisasi 1 PLKB membawahi 4 hingga 8 desa. Banyak PLKB yang beralih profesi menjadi pegawai Pemda atau pemimpin daerah.

⁵ Petugas KB dan bidan mudah untuk ditemui dan mereka telah memberikan penjelasan, akan tetapi masih banyak hal ingin diketahui dan mereka belum menjelaskannya. Rata – rata mereka bertemu dengan petugas KB atau bidan sebulan sekali.

peserta penyuluhan tidak terlalu banyak sehingga memudahkan untuk tanya jawab;

21) Tenaga pelaporan (R & R) kurang terampil.

4.3.14. Saran untuk Meningkatkan Minat Masyarakat dalam Ber-KB, Khususnya untuk KPS dan KS-I

Memperhatikan kendala lapangan pelayanan KB bagi masyarakat miskin, beberapa saran disampaikan oleh BPPKB Kota Medan, BKBPP Deli Serdang, serta BKKBN Provinsi Sumut yaitu sebagai berikut :

- Peningkatan pelayanan KB dan Kesehatan secara gratis;
- Peningkatan efektifitas penyuluhan dan konseling;
- Peningkatan sarana pelayanan KB yang memadai;
- Peningkatan ekonomi keluarga melalui dana bergulir UPPKS;
- Perbaikan rumah melalui kegiatan atap lantai dinding (Aladin);
- Tersedianya dan transportasi bagi peserta KB;
- Peningkatan dana pelayanan KB;
- Adanya pelayanan khusus untuk masyarakat tertinggal; dan
- Agar alokon tidak berganti-ganti merknya.

Secara ringkas gambaran pelaksanaan pelayanan KB bagi masyarakat miskin di Provinsi Sumatera Utara adalah sebagai berikut: (1) dukungan dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah terhadap kebijakan dan pelaksanaan pelayanan KB bagi masyarakat miskin sangat berarti namun hasilnya belum signifikan; (2) pemahaman awal sebuah pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin adalah ber-KB tanpa mengeluarkan biaya, akan tetapi di lapangan ditemui keluhan dari para peserta KB; (3) pengembangan pelayanan KB bagi masyarakat miskin telah banyak diupayakan, namun masih terdapat beberapa kendala, yang intinya terkait dengan ketersediaan data sebagai dasar perencanaan dan pengembangan program, jaminan ketersediaan alokon, kualitas dan kuantitas SDM, dukungan dana operasional serta akses pelayanan KB.

4.4. Studi Kasus di Provinsi Sulawesi Tengah

4.4.1. Program Kegiatan Pelayanan KB Bagi Keluarga Miskin

Kegiatan utama pemberian pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin adalah melalui pemberian alokon gratis dan pelayanan ber-KB gratis. Pengembangan program dan kegiatan KB di daerah masih dimotori oleh BKKBN meskipun era otonomi daerah sudah berjalan sejak tahun 2004. Namun demikian efektifitas program dan kegiatan BKKBN juga tergantung dari penyediaan pelayanan dari dinas kesehatan. Pelaksanaan pelayanan KB tersebut memerlukan kerjasama lintas sektoral serta pemerintah pusat dan pemerintah daerah, seperti BKKBN, Kementerian Kesehatan, SKPD KB, Pemda, bappeda, dinas kesehatan, serta puskesmas/klinik.

Disampaikan oleh Bappeda Kota Palu bahwa untuk mempertajam perencanaan, Provinsi Sulteng telah menambahkan satu tahapan koordinasi yaitu rapat sinkronisasi program untuk mensinergikan program kabupaten dengan provinsi yang hasilnya kemudian dibawa ke Musrenbang. Berikut adalah kebijakan program pelayanan KB bagi KPS dan KS-I yang dilaksanakan oleh BKKBN Provinsi Sulteng.

- i) Meningkatkan advokasi dan KIE;
 - Diseminasi KB Kab/Kota dalam rangka peningkatan pemahaman seluruh *stakeholder* dan pengelola;
 - Mengajak koalisi kependudukan, Universitas, PKK;
- ii) Memantapkan komitmen (MOU, Rakor, *workshop*) bersama POLRI, Perguruan Tinggi;
- iii) Meningkatkan kapasitas pelayanan KB;
 - Bekerjasama dengan dinas kesehatan, Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia/PKMI, untuk duduk bersama bagaimana agar sepenuhnya dapat memberi pelayanan KB gratis,
 - Pembiayaan yang berkelanjutan dan terintegrasi;
 - Pembinaan terus menerus ke kabupaten/kota. Pembinaan kabupaten/kota dilakukan sesuai dengan permasalahan di kabupaten/kota tersebut;
 - Peningkatan akses pelayanan KB bagi KPS dan KS-I baik *mobile* maupun melalui jaringan yang sudah ada;

- Pelayanan Mobil (Muyan) dengan memanfaatkan momen: TMKK, Roadshow, Harganas, Bhakti IBI, KB-Bhayangkara, Korpri, KG PKK-KB-Kes, HUT Pemda;
 - Jaminan ketersediaan alokon untuk setiap unit pelayanan KB Pemerintah.
- iv) Meningkatkan kualitas dan prioritas penggarapan;
- v) Melakukan pemantauan dan evaluasi bulanan dan semesteran.

Pelayanan KB yang diberikan kepada KPS dan KS-I oleh dokter/bidan di puskesmas/klinik KB antara lain:

- Pemberian alokon;
- Alokon yang diberikan kepada KPS dan KS-I adalah semua alokon yang tersedia dan diberikan di semua tempat pelayanan. Khusus untuk MOP dan MOW hanya dilakukan di rumah sakit karena di puskesmas/klinik KB tidak tersedia alat-alatnya.
- Pemberian obat *side effect*;
 - Pemasangan/pencabutan alat kontrasepsi;
 - Konsultasi KB;
 - Pelayanan ganti cara;
 - Penanganan kasus komplikasi.
- Ketika mendapat pelayanan KB tersebut, akseptor diberi penjelasan dari petugas pemberi pelayanan.

Program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan Kota Palu adalah sebagai berikut:

- Penyediaan informasi dan data sasaran pelayanan KB bagi keluarga miskin;
- Penyelenggaraan kegiatan terpadu antara lain (1) KB-PKK-Kes, (2) KB-IBI, dan (3) Manunggal-KB-Kesehatan;
- Pelayanan KB keliling ke wilayah terpencil;
- Bantuan modal Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) bagi akseptor KB; dan
- Pemeriksaan/deteksi dini kanker mulut rahim sebelum dipasang alat kontrasepsi;

Program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan Kabupaten Donggala adalah sebagai berikut:

- Penyediaan pelayanan KB dan alat dan obat kontrasepsi bagi keluarga miskin;
- Program pengembangan pusat pelayanan informasi dan konseling KRR;

- Fasilitasi forum pelayanan KRR bagi kelompok remaja dan kelompok sebaya di luar sekolah;
- Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga;
- Pembinaan kelompok Bina Keluarga di kecamatan;
- Penguatan kelembagaan dan jaringan KB;
- Pemberdayaan masyarakat keluarga miskin; dan
- Penyiapan data mikro keluarga.

4.4.2. Dukungan Pemda Terhadap Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pemda telah memberikan dukungan untuk pelayanan KB bagi masyarakat miskin, baik dalam bentuk penguatan kelembagaan, seperti pembentukan Badan KB dan PP, maupun dalam bentuk penyediaan dana kegiatan dalam APBD. Pemda telah mengganggarkan APBD untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yaitu menyediakan Jamkesda untuk masyarakat miskin yang belum memiliki Jamkesmas dan untuk masyarakat rentan miskin (KS-II). Sebagai contoh Kota Palu telah mengeluarkan kebijakan Jamkesda melalui SK. Walikota Palu No. 400/601/Kesra/2009. Namun demikian, dukungan Pemda tersebut masih dirasa kurang yang disebabkan oleh keterbatasan kemampuan pendanaan Pemda. Selama ini sumber pendanaan program KB adalah dari Dana Alokasi Umum/DAU, Dana-dana Lain/DDL, Pendapatan Asli Daerah/PAD, dan DAK Bidang KB. Selain itu, dana untuk Program Ketahanan Keluarga dan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga pun belum memadai.

Untuk pengembangan ke depan, program dan kegiatan pelayanan KB bagi masyarakat miskin seyogyanya menjadi tanggung jawab SKPD KB yaitu Badan PP dan KB, namun pada pelaksanaannya tidak hanya menjadi tanggung jawab SKPD KB saja, tetapi semua SKPD yang terkait.

4.4.3. Pandangan Terhadap Kriteria Keluarga Miskin Menurut BPS dan BKKBN

Penetapan kriteria masyarakat miskin masih menjadi kendala bagi efektifitas pelaksanaan pelayanan KB gratis, dan disarankan agar segera dikoordinasikan untuk diharmonisasikan. BKKBN Provinsi Sulteng berpendapat bahwa kriteria penetapan tahapan keluarga sudah cukup baik, namun dalam implementasi di lapangan belum terkoordinasi. Kriteria penetapan keluarga miskin penerima Jamkesmas yang

menggunakan data dari BPS berbeda dengan kriteria penetapan keluarga miskin (KPS dan KS-I) dari BKKBN. Karena kriteria berbeda dan sistem pendataan juga berbeda sehingga sebagian KPS dan KS-I tidak memiliki kartu Jamkesmas.

Penentuan sasaran KPS dan KS-I sebagaimana dijabarkan dalam kriteria/aspek tahapan keluarga sejahtera perlu dievaluasi dan perlu disempurnakan sesuai dengan perkembangan saat ini, dan diharapkan ada penetapan kriteria yang sama secara nasional di tingkat kabupaten/kota. Oleh karena itu, diusulkan upaya harmonisasi perbedaan pengukuran masyarakat miskin antara BKKBN dan BPS, upaya sinkronisasi pendataan beserta analisisnya, serta memantapkan koordinasi pendataan di tingkat kabupaten.

Pandangan yang sama juga disarankan oleh Badan KB dan PP Kota Palu dan Kabupaten Donggala bahwa kriteria tersebut perlu disempurnakan dan dikoordinasikan dengan BKKBN dan BPS serta SKPD terkait lainnya. Menurut Badan KB dan PP Kota Palu, sebaiknya data miskin yang digunakan adalah dari BPS, yaitu kategori miskin dan miskin sekali, tidak perlu ada kategori hampir miskin. Sedangkan Bappeda Kota Palu berpendapat bahwa kriteria penetapan warga miskin nasional tidak sesuai dengan kondisi daerah, dan di lapangan peserta KB tidak taat aturan. Dalam pendataan keluarga miskin selama ini Bappeda bekerjasama dengan BPS, namun kendalanya data selalu berubah-ubah. Untuk itu, diusulkan agar kriteria masyarakat miskin tersebut disempurnakan dan pendataan di lapangan dilakukan dengan lebih cermat.

4.4.4. Pedoman Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Meskipun pelayanan KB di daerah melibatkan instansi lain, akan tetapi para pelaksana kegiatan pelayanan KB bagi masyarakat miskin di daerah mempunyai perbedaan acuan dalam pelaksanaan tugasnya. Tidak adanya acuan yang jelas dan terkoordinasi antar pihak terkait dapat menghambat efektivitas pencapaian tujuan kegiatan pelayanan KB tersebut. Pedoman yang selama ini dipakai menjadi acuan dalam memberikan pelayanan KB bagi masyarakat miskin adalah Pedoman Pelaksanaan KB dan Pedoman Pelayanan KB di rumah sakit. Pedoman tersebut dirasakan telah cukup membantu, namun masih perlu ditambah pedoman bersama pelayanan KB bagi KPS dan KS-I. Dinas Kesehatan Kota Palu menggunakan pedoman sebagai acuan pelayanan KB Gratis yang dirasakan telah cukup membantu pelaksanaan tugasnya. Namun keterangan

dari BKBPP Donggala dan BKBPP Kota Palu bahwa belum ada pedoman atau peraturan yang menjadi acuan dalam memberikan pelayanan KB bagi masyarakat miskin. Sedangkan Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala tidak memberikan keterangan dengan jelas.

4.4.5. Penggunaan Alat dan Obat Kontrasepsi oleh Akseptor

Pelaksana pelayanan KB di daerah mempunyai pandangan yang berbeda atas sudah atau belum terpenuhinya penyediaan alokon yang telah sesuai dengan keinginan akseptor. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah bahwa memenuhi keinginan penyediaan alokon sesuai keinginan akseptor perlu dicermati lebih dalam mengingat sebagian besar permintaan adalah pil dan suntik yang sebetulnya sudah tidak cocok lagi untuk akseptor dengan anak 2 orang.

Menurut BKBPP Donggala dan Kota Palu, alokon yang digunakan peserta KB telah sesuai dengan keinginan, hal ini karena pada pertemuan pemberian motivasi juga disampaikan keunggulan dan kelemahan tiap alokon. Keputusan pemilihan alat kontrasepsi diserahkan kepada akseptor yang bersangkutan. Di sisi lain, Dinas Kesehatan Palu menyampaikan bahwa alokon yang digunakan akseptor belum sepenuhnya sesuai dengan keinginan akseptor. Mereka menginginkan implant tetapi tidak tersedia di puskesmas. Responden PLKB Kota Palu memberikan keterangan bahwa alokon yang dipakai akseptor selama ini berkualitas baik, namun belum sesuai dengan yang diinginkan oleh akseptor karena masih terbatasnya persediaan alokon berdasarkan metode kontrasepsi. Pil dan suntik merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak diminati akseptor di Provinsi Sulteng karena dianggap praktis, mudah digunakan dan apabila ingin ganti dengan alokon lain mudah dihentikan, namun pil sebenarnya kurang efektif karena sering lupa sehingga angka kegagalan tinggi.

Hal lain yang perlu dianalisis lebih jauh adalah sejauhmana supply alokon tidak hanya sekedar memenuhi permintaan akseptor, akan tetapi harus kita arahkan juga agar yang sudah mempunyai anak 2 diarahkan kepada MKJP. Sebagaimana diketahui bahwa sebagian besar akseptor menginginkan pil atau suntik, yang mungkin hal ini sudah tidak cocok lagi buat akseptor KB yang sudah mempunyai anak 2 orang. Demikian juga pertimbangan terhadap faktor kesulitan jangkaun tempat tinggal, tentunya jika sulit bertemu dengan pelayanan KB maka sebaiknya menggunakan alokon dengan jangka

waktu penggunaan yang agak lama. Berikut gambaran ringkas hasil kuesioner terkait pandangan responden terhadap karakteristik penggunaan metode kontrasepsi kondom, pil, suntik, implant, IUD, MOP, dan MOW:

- Pengelompokan menurut jangka waktu penggunaan alokon:
 - bulanan (kondom, suntik, dan pil);
 - tahunan (implant, IUD, MOP, dan MOW);
- Pengelompokan menurut umur ideal penggunaan:
 - Kondom, pil: di bawah umur 40 tahun
 - Suntik, implant, IUD: 20 – 40 tahun
 - MOP, MOW: di atas umur 40 tahun
- Pengelompokan menurut *side effect* penggunaan, yaitu mual (pil), *spoting* (suntik, implant, dan IUD);
- Pengelompokan menurut tingkat kesulitan jangkauan daerah :
 - Daerah yang mudah dijangkau idealnya menggunakan kondom, pil dan suntik;
 - Daerah yang sulit dijangkau pelayanan KB idealnya menggunakan IUD, implant, MOP, dan MOW;
- Pengelompokan menurut pemilihan metode kontrasepsi dan jumlah anak :
 - Akseptor dengan jumlah anak kurang dari 2 dianjurkan menggunakan kondom dan pil;
 - Akseptor dengan jumlah anak lebih dari 2 dianjurkan menggunakan IUD, implant, MOP, dan MOW.

Secara ringkas dapat dikatakan bahwa metode kontrasepsi kondom, dan pil lebih tepat untuk akseptor yang jumlah anaknya belum 2 orang atau masih 1 orang dan akseptor berumur antara 20 sampai dengan 40 tahun. Sementara itu, alokon implant, IUD, MOP, dan MOW yang jangka waktu penggunaannya tahunan, lebih tepat untuk akseptor yang telah memiliki anak sebanyak 2 orang dan atau lebih, dengan umur di atas 40 tahun, terlebih untuk akseptor di daerah yang sulit dijangkau oleh pelayanan KB. Dari tanggapan tersebut jelas bahwa sebaiknya akseptor KB yang sudah mempunyai anak sebanyak 2 orang atau lebih sebaiknya menggunakan MKJP.

4.4.6. Perencanaan Pengadaan Alokon Gratis dan Pendistribusiannya

Kebijakan perencanaan alokon dan non kontrasepsi melalui Juklak Perencanaan Kebutuhan Alokon dan Non Kontrasepsi belum efektif diimplementasikan di daerah. BKBPP Kota Palu, BKBPP Donggala dan Dinas Kesehatan Donggala kurang memahami acuan atau petunjuk teknis untuk pengusulan atau permintaan alokon gratis. Sedangkan menurut Dinas Kesehatan Kota Palu, mekanisme pengusulan alokon dimulai dari pengusulan oleh klinik KB yang ditandatangani oleh kepala puskesmas dan kemudian diserahkan ke PLKB atau langsung dikirim ke BKKBN provinsi. Namun keterangan yang lebih akurat disampaikan oleh BKKBN Provinsi Sulteng bahwa BKKBN telah menerbitkan Juklak Perencanaan Kebutuhan Alokon dan Non-kontrasepsi sebagai acuan para pengelola perlengkapan dan perbekalan di berbagai tingkat wilayah dalam merencanakan alokon dan non-kontrasepsi di wilayahnya. Dasar perencanaan pengusulan pengadaan alokon bagi keluarga miskin di Provinsi Sulteng adalah laporan bulanan masing-masing kabupaten yang dianalisis kebutuhannya dengan mempertimbangkan PPM (Perkiraan Permintaan Masyarakat) dan data PUS (Pasangan Usia Subur).

Namun, dalam perencanaan pengadaan tersebut belum dipetakan secara optimal hubungan antara jenis alokon, jangka waktu penggunaan, topografi daerah yang berbukit, terpencil, atau sulit terjangkau. Upaya yang dilakukan selama ini khusus untuk wilayah terpencil/kepulauan adalah disiapkan stok untuk kurang lebih 6 bulan. Penyediaan dan pendistribusian alokon selama ini diberikan oleh BKKBN sesuai dengan analisis kebutuhan. Diharapkan biaya pendistribusian alokon dari BKBPP ke puskesmas/ klinik dapat ditanggung oleh APBD.

4.4.7. Pengeanaan Biaya pada Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pelayanan KB gratis baik untuk alokon maupun jasa pelayanannya dapat diakses oleh masyarakat miskin, baik menggunakan Jamkesmas, Jamkesda, SKTM. Namun di lapangan masih ditemui pemungutan biaya, dan untuk itu perlu ditingkatkan pengawasannya. Sebagaimana dijelaskan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulteng bahwa kebijakan pelayanan KB miskin dibiayai melalui Jamkesmas/Jamkesda. Tujuannya adalah agar meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi masyarakat miskin. Sasarannya

adalah memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada orang miskin dan mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar dalam hal mutu dan biaya. Kebersertaan Jamkesmas ditetapkan oleh Bupati/Walikota dan data dapat diperbaharui dengan bekerjasama dengan BPS dan sesuai dengan kuota yang ada. Apabila masih ada warga miskin yang tidak tercakup dalam kuota maka dapat ditampung dalam Jamkesda. Bagi tidak memiliki kartu tersebut maka dapat mengurus SKTM.

Demikian pula BKKBN Provinsi Sulteng memberikan keterangan bahwa peserta KB akan dilayani dengan gratis dengan menggunakan kartu Jamkesmas atau Jamkesda yang telah disediakan oleh Pemda kabupaten. Sedang untuk pelayanan di KB keliling cukup dengan menggunakan kartu peserta KB dan tidak dipungut biaya. Sebagaimana diinstruksikan oleh Bupati dan Walikota bahwa setiap puskesmas/KKB pemerintah melayani KB gratis termasuk retribusi/karcisnya. Namun, diakui bahwa di lapangan terdapat pemungutan jasa pelayanan KB untuk implant dan suntik dan tidak transparan peruntukannya. Diusulkan bahwa Pemerintah sepenuhnya menjamin biaya pelayanan KB bagi KPS dan KS-I.

BKBPP Kota Palu maupun BKBPP Donggala tidak melihat adanya kendala dalam pelaksanaan Jamkesmas dan Jamkesda. Bagi peserta KB yang tidak memiliki Jamkesmas atau Jamkesda maka dapat menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu/SKTM dari Kelurahan. Berbagai pelayanan KB yang dilaksanakan di puskesmas/klinik atau pelayanan KB Keliling tidak dipungut biaya, seperti pemberian alokon, obat side efek, konsultasi KB, pemasangan/ pencabutan alokon, pelayanan ganti cara serta penanganan kasus komplikasi. Untuk akseptor yang belum memiliki kartu Gakin disarankan datang ke pelayanan KB didampingi oleh PLKB/SKPD KB untuk mendapatkan pelayanan KB gratis.

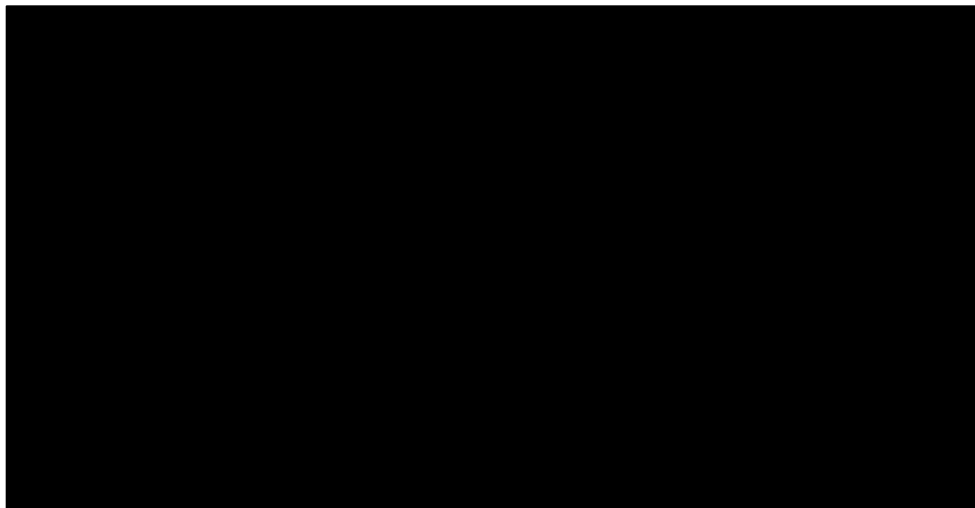
Pengeluaran biaya bagi akseptor adalah transportasi menuju tempat pelayanan. Apabila calon atau akseptor KB datang ke tempat pelayanan KB, misalnya datang bersama-sama dengan kelompok, biasanya mereka diminta untuk iuran biaya transpot. Besarnya iuran transportasi tersebut tergantung dari jauh atau dekat lokasi pelayanan dengan rumah mereka. Akan tetapi, biaya transportasi tersebut diganti. Apabila dijemput oleh petugas/PLKB, mereka tidak mengeluarkan biaya transportasi. Terkadang akseptor diantar keluarga atau datang sendiri ke tempat pelayanan.

4.4.8. Pendataan Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Proses pendataan KPS dan KS-I dimulai dari hasil pendataan kader pendata (PPKBD), kemudian dimusyawarahkan di RT/RW, selanjutnya direkap di tingkat kelurahan dan disosialisasikan serta dikirim secara berjenjang. Pendataan KPS dan KS-I berdasarkan 8 fungsi keluarga, 12 variabel, 21 indikator dan 5 tahapan KS yang dilaksanakan di tingkat RT, dusun/RW, desa/kelurahan, kecamatan, dan kabupaten.

Sedangkan untuk mengetahui peserta KB baru, maka dilakukan pelaporan bulanan R/R, pelayanan kontrasepsi yang dilakukan oleh klinik KB pemerintah dan swasta serta dokter/ bidan praktek dari tingkat desa/kecamatan, dan tingkat kabupaten. Sedangkan untuk mengetahui peserta KB Aktif dilakukan pelaporan bulanan R/R Dalam yang dilaksanakan oleh kelompok kegiatan pengelolala KB dari tingkat desa/ kelurahan, kecamatan hingga tingkat kabupaten. Demikian keterangan dari BKKBN Provinsi terkait pelaporan yang telah dilaksanakan. Namun, Dinas Kesehatan Palu menyarankan agar pelaporan oleh PLKB Kecamatan juga ditembuskan ke Dinas Kesehatan Kota Palu. Berikut beberapa data yang menggambarkan KPS dan KS-I.

Grafik 13. Persentase Tahapan Keluarga Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2006-2009



Sumber: BKKBN Provinsi Sulawesi Tengah

Tabel 20. Pendataan KPS dan KS-I Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2006 – 2009

Tahun	Wilayah	Jumlah Keluarga	KPS		KS-I		KPS dan KS-I	
			Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2006	Sulteng	514.916	143.404	27,85	140.521	27,29	283.925	55,14
	Nasional	55.803.271	13.326.683	23,9	13.413.562	24,0	26.740.245	47,9
2007	Sulteng	608.590	174.118	28,61	165.476	27,19	339.593	55,8
	Nasional	57.491.268	13.479.039	23,4	13.387.570	23,3	26.866.609	46,7
2008	Sulteng	621.866	180.901	29,09	164.981	26,53	345.882	55,62
	Nasional	59.055.159	13.547.651	22,9	13.758.879	23,3	27.306.530	46,2
2009	Sulteng	638.502	175.652	27,51	169.650	26,57	345.302	54,08
	Nasional	60.882.467	13.571.611	22,3	14.391.993	23,6	27.963.604	45,9

Sumber: BKKBN Provinsi Sulawesi Tengah

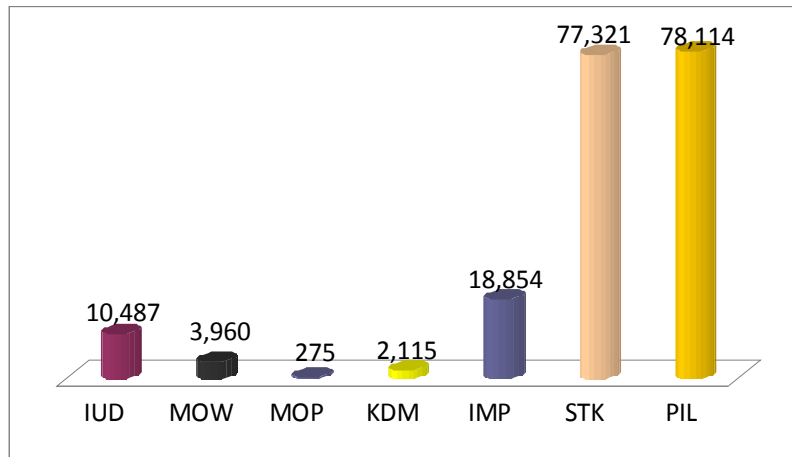
Grafik di atas menunjukkan bahwa jumlah keluarga miskin di Provinsi Sulteng cenderung meningkat selama tiga tahun terakhir. Pada tahun 2006 jumlah keluarga miskin (KPS dan KS-I) adalah sebesar 283.925 keluarga dan meningkat menjadi sebesar 345.302 keluarga pada tahun 2009 walaupun secara persentase menurun. Di tingkat nasional pun keluarga miskin cenderung terus meningkat yaitu dari sejumlah 26.740.245 keluarga di tahun 2006 menjadi sebesar 27.963.604 keluarga (4,6 persen) yang disebabkan oleh meningkatnya jumlah KS-I. Jumlah peserta KB baik di provinsi Sulteng telah meningkat dari tahun ke tahun sejak tahun 2005 sampai tahun 2009 (Tabel 21).

Tabel 21. Jumlah Peserta KB baru dan Aktif KPS dan KS-I Provinsi Sulawesi Tengah

No	Tahun	Jumlah Peserta KB			
		Jumlah Peserta KB Baru		Jumlah Peserta KB Aktif	
		Total PB	KPS & KS-I	Total PA	KPS & KS-I
1	2005	52.412	48.682	302.719	106.062
2	2006	55.348	48.845	315.426	108.748
3	2007	55.387	49.930	322.059	132.768
4	2008	65.758	59.664	353.009	144.226
5	2009	77.518	33.122	367.076	191.126

Sumber: BKKBN Provinsi Sulawesi Tengah

Grafik 14. Pencapaian Peserta KB Aktif KPS dan KS-I menurut Mix Kontrasepsi Tahun 2009



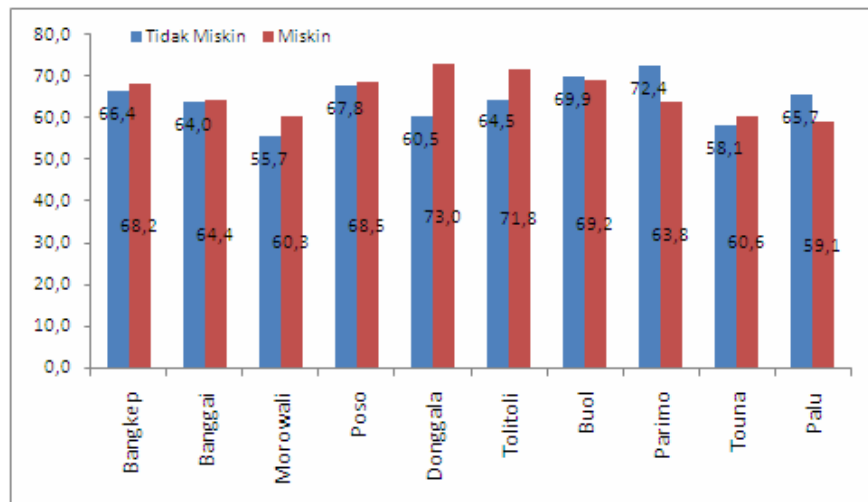
Sumber: F/I/Dal/KB/o8 (BKKBN)

Pencapaian PA miskin menurut mix kontrasepsi tahun 2009 paling banyak pada metode kontrasepsi jangka pendek yaitu pil dan suntik. Alasannya adalah karena lebih mudah penggunaannya dan apabila ingin ganti ke jenis alokon lain lebih mudah dapat langsung diganti. Dari data di atas maka ke depan harus lebih berhati-hati karena suntik dan pil bukan merupakan kontrasepsi yang strategis untuk mengendalikan jumlah penduduk, terlebih apabila jumlah anak peserta KB sudah 2 orang. Perlu dikaji bagaimana pengadaan alokonnya, harga alokon serta biaya distribusinya.

Angka Pemakaian Kontrasepsi (CPR) baik keluarga miskin maupun tidak miskin di setiap kabupaten/kota cukup tinggi, yaitu mencapai di atas 50 persen. Secara ringkas Grafik 15 di bawah ini menggambarkan bahwa di Provinsi Sulteng :

- jumlah keluarga naik dari 2006 hingga 2009, hal ini sesuai dengan trend nasional;
- jumlah keluarga miskin baik di Sulteng maupun di tingkat nasional secara persentase (%) menurun tetapi secara absolut naik jumlahnya;
- jumlah keluarga miskin di Sulteng mencapai 54 persen dari total jumlah keluarga di Sulteng. Ini merupakan suatu angka yang cukup besar dan perlu mendapat perhatian khusus terkait dengan pengendalian jumlah penduduk . Pogram KB sudah
- berbeda dengan data nasional, di Provinsi Sulteng jumlah KPS lebih besar dari KS-I dan di tingkat nasional KPS kurang dari KSI;
- kontribusi kenaikan dari KS-III, di mana kontribusi KPS dan KS-I menurun; dan
- PA dan PB untuk KPS dan KS-I meningkat.

Grafik 15. Persentase Pemakaian Kontrasepsi (CPR) Menurut Keluarga Miskin dan Tidak Miskin Per Kab/Kota, 2008



Sumber: Mini Survey 2008

Peningkatan analisis keberhasilan pelayanan KB bagi masyarakat miskin akan lebih rinci apabila dilengkapi dengan data :

1) Total keluarga miskin yang ber-KB, yang terpilah berdasarkan :

- Jumlah sasaran masyarakat miskin. Keberhasilan pelayanan KB diukur dengan meningkatnya gakin yang ber-KB, baik absolut maupun persentase;
- Total jumlah gakin yang ber-KB, yang berasal dari penjumlahan :
 - Pengurangan jumlah yang *drop out* dan jenis kontrasepsinya serta alasannya;
 - Penambahan jumlah yang berasal dari *unmet need* dan jenjang keluarga sejahtera beserta alasannya;
 - Penambahan jumlah pasangan usia subur yang masuk sebagai beserta KB baru;
 - Penambahan jumlah KPS dan KS-I yang berasal dari non KPS dan KS-I beserta alasannya.
- Jumlah KPS dan KS-I yang menggunakan MKJP;
- Jumlah KPS dan KS-I yang dapat dan tidak dapat dilayani dengan Jamkesmas/Jamkesda
- Jumlah KPS dan KS-I yang mendapat layanan gratis dan yang harus membayar layanan ber-KB nya serta alasannya;

2) Rincian data sebagai dasar pemetaan *supply* dan *demand* alokon, antara lain yaitu : data individu peserta KB beserta *history* pemakaian kontrasepsi dan kesehatannya; jumlah anak; lokasi tempat tinggal (mudah atau sulit dijangkau);

- 3) Data biaya pelayanan ber-KB (alokan, jasa pelayanan serta transportasi) beserta keterangannya.

Dengan kata lain bahwa analisis pelayanan KB bagi masyarakat miskin akan lebih cermat jika dilengkapi dengan data terpilah KPS dan KPS-I serta Non KPS dan KPS-I, serta keterangan kualitatifnya sehingga dapat dianalisis sebab dan akibat dari kondisi yang ada tersebut.

4.4.9. Koordinasi Kerja

Untuk program dan kegiatan KB, peran pemerintah masih sangat besar dan koordinasi kerja merupakan kunci penggerak kegiatan tersebut, dan hal ini telah banyak diupayakan pula antar instansi di daerah. Di era otonomi daerah sudah saatnya perlu ditingkatkan peran dan komitmen pemerintah daerah untuk berinisiatif segera meningkatkan efektifitas pelaksanaan kegiatan KB, khususnya dalam hal harmonisasi kriteria masyarakat miskin, pelaksanaan evaluasi bersama, kesatuan pedoman pelayanan serta dukungan anggaran. Sebagai gambaran berikut diuraikan berbagai upaya koordinasi yang telah dilakukan, baik oleh BKKBN Provinsi Sulteng maupun oleh Badan PP dan KB. Koordinasi kerja yang telah dilakukan BKKBN Provinsi Sulteng antara lain mencakup sebagaimana Tabel 22 berikut.

Tabel 22. Kegiatan Koordinasi Kerja yang Dilakukan oleh BKKBN Provinsi Sulawesi Tengah

No.	Koordinasi kegiatan	Tujuan kegiatan	Frekuensi kegiatan per bulan	Tahun pertama pelaksanaan kegiatan
1	Koordinasi dengan Petugas Lini Lapangan (sebutkan) 1. Rakornis di tingkat kecamatan, dipimpin camat 2. Kunjungan ke desa	1. Mensinkronkan pelayanan KB Dan Jamkesmas/ Jamkesda 2. Monitoring dan Pengawasan 3. Membuat rencana kegiatan bulan berikutnya Kendala : petugas sering tidak hadir pada saat Rakornis.	1x/ tahun 1x/ tahun	
2	Koordinasi dengan Bidan/Dokter : Pertemuan Medis di tingkat kabupaten	Meningkatkan koordinasi di tkt Kab/ Kec antara Ka UPT dan puskesmas. Kendala : belum ada dukungan dana APBD untuk pertemuan tersebut.	3 bulan (Triwu-lan)	Sejak awal Program KB di Sulteng 1980
3	Kegiatan dengan Puskesmas/Klinik 1. Pelatihan dokter dan bidan 2. Tim KB Keliling (TKBK)	1. Meningkatkan kualitas SDM 2. Mendekatkan pelayanan KB pada masyarakat.	1x/ tahun sesuai kegiatan lapangan	Sejak awal Program KB di Sulteng 1980
4	Koordinasi dengan Rumah Sakit : Pertemuan PKBRS di Provinsi	Meningkatkan Koordinasi Pelayanan PKBRS	setahun 3x	Tahun 1985

No.	Koordinasi kegiatan	Tujuan kegiatan	Frekuensi kegiatan per bulan	Tahun pertama pelaksanaan kegiatan
5	Kegiatan dengan SKPD KB Provinsi 1. Rapat Koordinasi 2. Perencanaan awal tahun 3. Evaluasi 6 bulan sekali	Memantapkan koordinasi Perencanaan dan pelaksanaan program.	3x / tahun	1980
6	Kegiatan dengan SKPD KB Kabupaten/Kota 1. Rapat Perencanaan awal tahun: sinkronisasi kegiatan 2. Pembinaan teknis kegiatan- kegiatan 3. Pelatihan khusus kependudukan, manajemen	1. Merencanakan kegiatan AKU, Korem waktu 1 tahun 2. Sinkronisasi kegiatan 3. Menguatkan KAP Pengelola Program KKB	1x/ tahun Setiap saat sesuai sikon	1980
7	Koordinasi dengan Dinas Kesehatan 1. Kesepakatan Teknis 2. Desiminasi kesepakatan kepada kab/kota 3. Pemantauan dan evaluasi bersama	Membuat komitmen untuk operasional pil, KB di lapangan	2x / thn 2x / thn 2x / thn	
8	Koordinasi dengan Dinas Sosial Koordinasi pemberdayaan ekonomi	Memberikan kesempatan kepada keluarga Pra-S & KS-I untuk dapat mengakses bantuan modal SKIM keluarga harapan	1x / thn	1985
9	Koordinasi dengan BPS 1. Sinkronisasi kriteria penetapan keluarga miskin /KPS dan KS-I 2. Kesepakatan pendataan keluarga miskin.	- Agar data keluarga khususnya keluarga miskin/Pra-S lebih akurat jumlahnya - Efisiensi & Efektifitas pendataan	1x / thn	
10	Koordinasi dengan BAPPEDA 1. Dukungan komitmen dan anggaran 2. Koordinasi dalam penggarapan keluarga miskin antara Dinas/ sektor			
11	Koordinasi dengan BKKBN pusat 1. Arahan kebijakan program 2. Dukungan dana, sarana, pelatihan tenaga 3. KIE masa untuk penggerakan masyarakat.	- Agar provinsi dalam membuat perencanaan serta operasionalnya lebih tepat sasaran	3x / thn	
12	Kegiatan lainnya Kependudukan dan KB menjadi indikator keberhasilan Pemda dengan rumusan kriteria jelas dan terbuka.	Agar ada keseragaman dalam mententramkan sasaran dengan tetap melakukan aspek kependudukan yang lain	2x / thn	

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2010

Selanjutnya, koordinasi kerja yang telah dilakukan oleh SKPD KB kabupaten/kota antara lain adalah sebagai berikut:

Tabel 23. Kegiatan Koordinasi Kerja yang Dilakukan oleh SKPD Kab/Kota di Provinsi Sulawesi Tengah

No.	Koordinasi kegiatan	Tujuan kegiatan	Frekuensi kegiatan per bulan	Tahun pertama pelaksanaan kegiatan
1	Koordinasi dengan Petugas Lini Lapangan 1. Temu kader/PPKBD/Sub PPKBD 2. Rakor kelurahan dan kecamatan	1. Evaluasi dan pembinaan, 2. Menyusun rencana kegiatan pelayanan KB berikutnya , 3. Memperkuat dukungan lintas program di tingkat kecamatan	1x/bulan 3x/bulan 2x/bulan	2005
2	Koordinasi dengan Bidan/Dokter 1. Orientasi peningkatan mutu pelayanan KB 2. Kegiatan terpadu bakti IBI	1. Meningkatkan SDM petugas KB di klinik KB dan mutu pelayanan KB, 2. Menjemput laporan hasil pelayanan KB pada praktek swasta (PLKB), 3. Meningkatkan cakupan peserta KB	2x/ tahun 1x/bulan 1x/bulan	2005
3	Kegiatan dengan Puskesmas/Klinik tim KB keliling (TKBK)	1. Meningkatkan kualitas SDM 2. Mendekatkan pelayanan KB pada masyarakat.	1thn 1x sesuai kegiatan lapangan	2005
4	Koordinasi dengan Rumah Sakit	Monitoring dan evaluasi pelayanan KB Pasca persalinan dan keguguran	1x/bulan	2008
5	Kegiatan dengan SKPD KB Provinsi Penyuluhan dan KB keliling di kelurahan	1. Mempercepat cakupan peserta KB aktif 2. Pembinaan peserta KB aktif	4x / tahun	2009
6	Kegiatan dengan SKPD KB Kabupaten/ Kota Pawai mobil unit penerangan pada Harganas	-	1kali/ tahun, Setiap saat sesuai sikon	2009
7	Koordinasi dengan Dinas Kesehatan 1. Rakor KB 2. Pertemuan lintas sektor 3. Pelayanan KB-Kes secara masal di kecamatan/kelurahan	1. Menyamamakan presepsi dan langkah-langkah operasional KB; 2. Memperkuat dukungan lintas sektor terhadap Program KB; 3. Mempercepat cakupan peserta KB aktif	2x / thn 2x / thn 3x / thn	2005
8	Koordinasi dengan Dinas Sosial memberi santunan kepada panti sosial	Gerakan kepedulian kepada anak Panti dalam rangka Hari Ibu, dll	2x / thn	2005
9	Koordinasi dengan BPS Pendataan keluarga.	Mensikronisasikan hasil pendataan keluarga dengan pendataan oleh BPS	1x / thn	2005
10	Koordinasi dengan BAPPEDA Penyusunan APBD	Penyiapan anggaran pelayanan KB gratis	2x / thn	2005
11	Kegiatan dengan BKKBN Pusat 1. Rapat kooordinasi 2. Rakerda 3. Review 4. Rapat Konsultasi	1. Mengharapkan dukungan anggaran dekon, sarana dan prasarana; 2. Evaluasi program dan perencanaan 3. Mengevaluasi program/ kegiatan; 4. Mengkonsultasikan kegiatan-kegiatan.	3x / thn	2005
12	Kegiatan lainnya • TNI (Manunggal KB Kes) • POLRI (Bayangkara KB-Kes) • Dikjar Kota Palu	1. Menggalang kemitraan dalam mendukung program KB untuk meningkatkan capaian pelayanan KB 2. Monitoring PIK-remaja di sekolah.	2x / thn	2005

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2010

4.4.10. Pengembangan Sumber Daya Manusia

BKKBN berperan besar dalam pengembangan kualitas SDM KB di daerah, yaitu dengan menyelenggarakan pelatihan bagi petugas medis dan tenaga lini lapangan KB bekerjasama dengan BKBPP. Pelatihan dan penyuluhan diberikan dalam rangka meningkatkan kualitas tenaga medis (bidan dan dokter), petugas lapangan/PLKB, dan tenaga lainnya yang berperan dalam program pelayanan KB. Walaupun demikian, sebagian tenaga lini lapangan dan tenaga kesehatan masih belum cukup mendapatkan pelatihan. Berikut berbagai bentuk pelatihan yang telah dilaksanakan.

- Pelatihan dan penyuluhan yang diperoleh oleh PLKB antara lain:
 - Latihan Dasar Umum/LDU
 - Orientasi Peningkatan Mutu Pelayanan Kontrasepsi
 - Advokasi dan KIE KRR
 - Refreッシング PLKB
 - Sosialisasi dan advokasi Pelayanan KB mandiri
 - Pelatihan BKB
- Pelatihan yang diperoleh oleh bidan dan pengelola puskesmas dalam rangka meningkatkan kualitas mereka antara lain:
 - Pelatihan Norphant
 - Pelatihan RR (*Reporting Record*)
 - Pelatihan insersi IUD/implant
 - Pelatihan konseling KB
- *Capacity building* bagi pengelola gudang.
- Pelatihan bagi tenaga teknologi informasi, yaitu Layanan Informasi Program Pemberdayaan dan Pembelajaran Jarak Jauh/LIP4 bagi PKB/PLKB dan Sistem Informasi Kependudukan dan Keluarga/SIDUGA;
- *Workshop* program KB bagi camat;
- Pemantapan program KB bagi PKK;
- Peningkatan partisipasi pria untuk ber-KB bagi KUA Kecamatan.

Selain itu, BKBPP Kota Palu juga telah mampu melaksanakan pelatihan, yaitu antara lain :

- Pelatihan pengarusutamaan gender bagi pengurus Aisyiah kab/kota;
- Pelatihan KIE/konseling KB bagi bidan RS;

- TOT PIK-KRR;
- Pemantapan operasional program lingkungan biru/Libi.

SDM mempunyai peran besar, khususnya dalam pelayanan KB. Permasalahan di lapangan yang belum terselesaikan adalah keterbatasan jumlah petugas lapangan yang sangat jauh dari ideal untuk mampu melayani calon dan peserta KB. Upaya telah dilakukan sebanyak 2 kali untuk mengajukan penambahan PLKB, tetapi belum ada hasil yang berarti. Hal ini berpotensi mengurangi kinerja pencapaian target program KB. Diharapkan peran dan komitmen pemda untuk segera membuat penetapan kebijakan perencanaan pemenuhan kebutuhan petugas lapangan KB tersebut, baik untuk jangka pendek maupun untuk jangka panjang. Memang disadari bahwa salah satu kendalanya adalah keterbatasan APBD, namun demikian kebijakan perencanaan pemenuhan kebutuhan tenaga lapangan KB tersebut sangat mendesak. Sebagai gambaran berikut data di Provinsi Sulteng yang memiliki 11 kabupaten dan 1 kota. Jumlah PLKB per Agustus 2010 serta kebutuhannya per kabupaten/kota tersebut adalah sebagaimana Tabel 24 berikut ini.

Tabel 24. Perbandingan Jumlah PLKB dengan Kebutuhannya

No	Kabupaten/Kota	Jumlah PLKB per Agustus 2010	Jumlah ideal PLKB yang Diinginkan	Jumlah kekurangan PLKB
1	Toli-Toli	16	1 PLKB/Desa	73 orang
2	Donggala	28	1 PLKB/Desa	119 orang
3	Poso	29	1 PLKB/Desa	127 orang
4	Banggai	25	1 PLKB/Desa	278 orang
5	Palu	24	1 PLKB/Desa	19 orang
6	Banggai Kepulauan	22	1 PLKB/Desa	171 orang
7	Buol	12	1 PLKB/Desa	96 orang
8	Morowali	25	1 PLKB/Desa	215 orang
9	Parigi Moutong	15	1 PLKB/Desa	166 orang
10	Tojo Una-Una	20	1 PLKB/Desa	101 orang
11	Sigi	26	1 PLKB/Desa	131 orang

4.4.11. Sarana dan Prasarana Pelayanan KB

Penyediaan sarana dan prasarana pendukung pelayanan KB masih jauh dari memadai dan pengadaannya masih tergantung pada APBN. Komitmen pemerintah pusat dan pemerintah daerah terhadap program KB perlu dipertanyakan kembali.

Keterbatasan sarana pelayanan KB tersebut akan mengurangi efektifitas program dan kegiatan yang sedang dilaksanakan. BKBPP Kabupaten Donggala memiliki sarana yang terbatas, yaitu Mupen, sepeda motor untuk petugas KB, *notebook*, dan BKB kit yang diperoleh dari dana alokasi khusus/DAK KB tahun 2009. Tahun 2010 Kabupaten Donggala memperoleh bantuan DAK berupa Mupan, *implant kit*, *public address*, KIE Kit dan BKB Kit.

BKBPP Kota Palu memperoleh bantuan sarana dari DAK tahun 2009 yaitu berupa Mupen, sarana klinik dan *notebook* dan pada tahun 2010 mendapat bantuan Mupan, *implant kit* IUD Kit, *public address* dan *notebook*. Selanjutnya, BKKBN Provinsi Sulteng memiliki sarana prasarana sebagai berikut : *implant kit*, IUD Kit, *obgyn bed*, KIE Kit, Mupan dan Mupen. Menurut penilaian BKKBN Provinsi Sulteng, sarana dan prasarana KB di daerah sangat minim dan masih diperlukan banyak sekali pengadaan khususnya yaitu IUD Kit (70.000 unit), *implant kit* dan *obgyn bed* (masing – masing 67.574 unit), alat peraga penyuluhan untuk tiap desa (1.684 unit). Dukungan sarana dan prasarana tersebut dapat bersumber dari APBN maupun APBD.

4.4.12. Pelaksanaan Evaluasi Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Tingkat kemampuan badan KB di daerah dalam melakukan evaluasi keberhasilan pelayanan KB bagi masyarakat miskin masih beragam akan tetapi berbagai upaya telah dilakukan. Disarankan juga agar perlu upaya pendayagunaan hasil analisis tersebut sebagai *feed back* langkah berikutnya. Sejauh ini, pengukuran keberhasilan pelayanan KB yang dilakukan BKKBN Provinsi Sulteng adalah dengan menggunakan analisis Kertas Kerja Pemeriksaan/KKP, Analisis dan Penilaian Multi Indikator Program KB Nasional/ Muldik⁶, segmentasi wilayah, Standar Pelayanan Minimal/SPM, operasional, Rapat Pengendalian Program/Radalgram, dan hasil SP 2010. Sedangkan BKBPP Kota Palu telah melakukan mini survei pengukuran keberhasilan pelayanan KB bekerjasama dengan Universitas Tadulako, dan BKBPP Kabupaten Donggala masih dalam upaya pengembangannya.

Baik BKKBN Provinsi DIY maupun BKKBN Provinsi Sulteng memiliki pandangan yang sama bahwa peran atau kinerja SKPD KB merupakan faktor penting keberhasilan

⁶ Analisis dan Penilaian Multi Indikator Program KB Nasional dibuat oleh BKKBN untuk melakukan analisis berbagai indikator Program KB Nasional per provinsi dari sisi indikator input, proses, output dan dampak yang telah ditetapkan.

pelayanan KB bagi masyarakat miskin. Pandangan tersebut disampaikan ketika ditanyakan dalam kuesioner tentang kriteria apa saja yang dapat menjadi ukuran keberhasilan pelayanan KB bagi masyarakat miskin. Berikut rincian pandangan BKKBN Provinsi Sulteng terhadap prioritas kriteria keberhasilan tersebut.

Tabel 25. Ukuran Keberhasilan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

No.	Kriteria ukuran keberhasilan pelayanan KB bagi masyarakat miskin	Urutan prioritas kriteria
1	Kuantitas dan kualitas PLKB/ Kader	1
2	Kinerja SKPD KB Kab/ kota	2
3	Kemudahan akses dan kualitas konseling	3
4	Kualitas penyuluhan	4
5	Kualitas pelayanan KB	5
6	Kemudahan administrasi	6
7	Sistem pendukung terkait (Jamkesmas, Jamkesda)	7
8	Kemampuan men <i>supply</i> alokon sesuai <i>demand</i>	8
9	Kualitas pemetaan <i>demand</i> alokon per kab/ kota	9
10	Ketersediaan pedoman/ Juknis	10
11	Sistem data	11
12	Biaya pelayanan KB	12
13	Keluhan efek samping	13
14	Kegagalan penggunaan alat/ cara kontrasepsi	14
15	Tinggi rendahnya ganti cara	15
16	Rendahnya <i>unmet need</i>	16
17	Capaian PPM PB	17
18	Capaian PPM PA	18

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2010

Selain itu telah dilakukan pula pelaporan rutin dengan dua sistem, yaitu:

- Laporan bulanan R/R (*Reporting Record*), yang berisi laporan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan oleh klinik KB Pemerintah Swasta, serta Dokter/Bidan Praktek dari tingkat desa/kecamatan, kabupaten/kota untuk mengetahui peserta KB Baru.
- Laporan bulanan R/R Dalap, yang dilaksanakan oleh kelompok kegiatan Pengelola KB dari tingkat desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota untuk mengetahui tentang peserta KB Aktif maupun kelompok kegiatan-kegiatan (BKB, BKR, BKL dll).

4.4.13. Kendala Pelaksanaan Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Sejauh ini program dan kegiatan pelayanan KB bagi masyarakat miskin sudah cukup efektif, namun masih terdapat kendala yang utamanya adalah 1) kebijakan belum tersosialisasi dengan baik sampai ke tingkat pelaksana di lapangan; 2) akseptor atau peserta KB masih mengeluhkan biaya ber-KB dan penyediaan alokon; serta 3) minimnya dukungan kepada tenaga lapangan KB dan tenaga kesehatan. Berikut uraian rincinya.

- 1) Implementasi kebijakan belum dipahami oleh semua tenaga pelayanan;
- 2) Kurangnya sosialisasi pada tatanan implementasi sehingga banyak masyarakat yang kurang memahami;
- 3) Keluhan dari akseptor KB bahwa jenis obat kontrasepsi sering berganti merk sehingga mengganggu kesehatan. Salah satu merk yang ditanyakan akseptor adalah pil merk exluton dan progesteron. Informasi yang tidak jelas dapat mengganggu minat ber-KB;
- 4) Stok alokon yang ada sering kali tidak sesuai dengan permintaan akseptor, misalnya pil KB untuk ibu yang sedang menyusui;
- 5) Akseptor banyak menginginkan implant tetapi persediaan terbatas. Mereka enggan memakai IUD karena dianggap tabu sedangkan kodom dirasa merepotkan;
- 6) Untuk daerah terpencil pengiriman alokon sering terhambat karena keterbatasan jumlah PLKB;
- 7) Efek samping yang dikeluhkan peserta KB belum maksimal ditangani;
- 8) Tempat penyimpanan alokon belum semuanya memenuhi standar;
- 9) Gudang alokon di kabupaten kurang memadai dan hal ini mengganggu kualitas alokon;
- 10) Peserta KB masih merasakan kendala untuk biaya transportasi menuju tempat pelayanan KB;
- 11) Belum semua unit pelayanan KB tersedia sarana dan prasarana;
- 12) Belum semua KPS dan KS-I mendapatkan kartu Jamkesmas;
- 13) Masih ditemukannya biaya pada peserta Jamkesmas sebagai akibat masih lemahnya pengawasan;
- 14) Fungsi tim pengelola di kab/kota belum optimal;
- 15) Sulitnya mengkoordinasikan dana program Jamkesmas karena dana Jamkesmas langsung ke rumah sakit;

- 16) Laporan program pelaksanaan Jamkesmas belum optimal karena rumah sakit sulit dikoordinasikan sehingga laporan terlambat;
- 17) Tenaga kesehatan belum terlatih secara menyeluruh;
- 18) Tenaga lapangan PLKB terbatas karena banyak yang beralih fungsi;
- 19) Kurangnya insentif untuk PPKBD dan Sub-PPKBD. Selama ini hanya diberikan insentif sebesar Rp 20.000/bulan, dan diusulkan minimal dinaikkan menjadi Rp 30.000/bulan;
- 20) Cepatnya penggantian petugas klinik, yang melayani RR, sehingga kesulitan lagi untuk membuatnya;
- 21) Pelaporan KB oleh PLKB juga ditembuskan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.

4.4.14. Saran untuk Meningkatkan Minat Masyarakat untuk Ikut Ber-KB, Khususnya Bagi KPS dan KS-I

Saran yang disampaikan oleh para pelaksana program KB di daerah untuk meningkatkan minat masyarakat ikut ber-KB, khususnya untuk KPS dan KS-I pada intinya adalah peningkatan sarana dan prasarana, meningkatkan komitmen antara SKPD KB dan Dinas kesehatan serta pemda. Berikut secara ringkas saran tersebut.

- 1) Pelayanan KB gratis diberikan ke semua unit pelayanan pemerintah;
- 2) Sarana pelayanan KB segera dilengkapi (*obgyn bed*, *IUD Kit*, *Implant kit*, *ABPK*, *KIE Kit*);
- 3) Pembangunan gudang dan tempat penyimpanan alokon yang sesuai standar guna menjaga kualitas alokon;
- 4) Meningkatkan peran PLKB melalui pelatihan dan dukungan operasional. PLKB sudah memiliki motor melalui DAK dan uji coba laptop, namun DAK tersebut tidak disertai dengan dukungan operasional yang sangat dibutuhkan untuk pemanfaatan bantuan sarana pelayanan KB dari DAK tersebut dan operasional kegiatan KB. Selama ini sulit memperoleh dana operasional dari kabupaten sehingga terbatas langkah dalam pelayanan KB.
- 5) Membangun komitmen dan koordinasi teknis pelayanan KB antara jajaran kesehatan dan pengelola KB, sebagai langkah awal yang baik untuk dapat membangun perencanaan dan komitmen, termasuk koordinasi pelaporan, evaluasi dan pengawasan bersama;
- 6) Meningkatkan peran tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM dan PKK;
- 7) Menyempurnakan kriteria miskin nasional yang mempertimbangkan kondisi daerah;
- 8) Peningkatan sosialisasi pengguna Jamkesda; dan

- 9) Agar setiap KKB tersedia Alat Bantu Pengambilan Keputusan/ ABPK KIE Kit.

Secara ringkas gambaran pelaksanaan pelayanan KB bagi masyarakat miskin di Provinsi Sulawesi Tengah adalah sebagai berikut :

- 1) Pengembangan program dan kegiatan KB di daerah masih dimotori oleh BKKBN meskipun era otonomi daerah sudah berjalan sejak tahun 2004. Namun demikian, efektifitas program dan kegiatan BKKBN serta BKBPP dalam pelayanan KB juga tergantung dari penyediaan pelayanan dari dinas kesehatan;
- 2) Dukungan Pemda terhadap program KB telah diupayakan seperti pembentukan Badan KB dan PP, serta penyediaan dana kegiatan dalam APBD termasuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui menyediakan Jamkesda. Namun demikian dukungan tersebut belum signifikan mendorong pengembangan program KB di daerah;
- 3) Di era otonomi daerah sudah saatnya perlu ditingkatkan peran dan komitmen pemerintah daerah untuk berinisiatif segera meningkatkan efektifitas pelaksanaan kegiatan KB, khususnya dalam hal harmonisasi kriteria masyarakat miskin, pelaksanaan evaluasi bersama, kesatuan pedoman pelayanan serta dukungan anggaran.
- 4) Keterbatasan jumlah petugas lini lapangan KB sangat menentukan kesuksesan pelayanan KB di daerah. Untuk itu diharapkan peran dan komitmen pemda untuk segera membuat penetapan kebijakan perencanaan pemenuhan kebutuhan petugas lapangan KB tersebut, baik untuk jangka pendek maupun dalam jangka panjang;
- 5) Penyediaan sarana dan prasarana pendukung pelayanan KB masih jauh dari memadai dan pengadaannya masih tergantung pada APBN;
- 6) Pelayanan KB gratis baik untuk alokon maupun jasa pelayanannya dapat diakses oleh masyarakat miskin, baik menggunakan Jamkesmas, Jamkesda, SKTM. Namun di lapangan masih ditemui pemungutan biaya, dan untuk itu perlu ditingkatkan pengawasannya;
- 7) Kebijakan perencanaan alokon dan non kontrasepsi melalui Juklak Perencanaan Kebutuhan Alokon dan Non Kontrasepsi belum efektif diimplementasikan di daerah; dan
- 8) Hal lain yang perlu diperhatikan adalah bahwa memenuhi keinginan penyediaan alokon sesuai keinginan akseptor perlu dicermati lebih dalam mengingat sebagian

besar permintaan adalah pil dan suntik yang sebetulnya sudah tidak cocok lagi untuk akseptor dengan anak 2 orang.

4.5. Studi Kasus di Provinsi D.I. Yogyakarta

4.5.1. Program dan Kegiatan Pelayanan KB Bagi Keluarga Miskin

Program dan kegiatan yang dilaksanakan BKKBN Provinsi DIY dalam menunjang pelayanan KB bagi masyarakat miskin adalah sebagai berikut :

- i. Meningkatkan akses informasi dan pelayanan KB dengan prioritas Keluarga KPS dan KS-I
 - Pelayanan KB di Klinik statis
 - Pelayanan KB dengan memanfaatkan momentum
 - Pelayanan KB melalui mobil pelayanan
 - Pelayanan khusus melalui kerjasama dengan STIKES/poltekkes dan P2KS dalam pelayanan KB IUD dan implant
- ii. Menyediakan alat kontrasepsi dan pemanfaatannya
 - Menyediakan alat kontrasepsi di klinik KB
 - Mendistribusikan sesuai dengan permintaan klinik KB melalui SKPD KB kab/kota
- iii. Meningkatkan advokasi, promosi, KIE dan konseling pelayanan KB – KR
 - Advokasi, promosi dan KIE pelayanan KB kepada *stakeholder* melalui Askeskin, Jamkesmas, Jamkesda, dan Jamkesos, dengan dukungan biaya APBN dan APBD.

Program dan kegiatan yang telah dilaksanakan oleh Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan KB/ BPMPKB Kabupaten Gunung Kidul adalah :

- Program KB: Pembinaan KB, Pemantapan Jaringan dan Penguatan Institusi /IMP
- Program KRR: Advokasi KIE KRR dan Pengembangan Kelompok KRR–Kesehatan Reproduksi Remaja
- Program Pelayanan Kontrasepsi: Advokasi KIE, Konseling dan Penyediaan Pelayanan KB

- Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas: Pendataan keluarga dan updating data keluarga, serta sarasehan hasil pendataan
- Pemberdayaan keluarga: Pengembangan kelembagaan, Advokasi, Pengembangan Usaha Ekonomi Keluarga, Pengembangan dan Penguatan jaringan Lintas Sektor

Khusus kegiatan pelayanan untuk KPS dan KS-I yaitu mencakup :

- Pelayanan KB melalui KKB/ puskesmas/RS
- Pelayanan KB melalui Tim KB Keliling/TKBK
- Ayoman bagi peserta KB IUD/implant/MO
- Ayoman bagi peserta KB yang mengalami komplikasi
- Penyediaan alokon
- Bantuan pinjaman modal UPPKS

Institusi daerah di Kota Yogyakarta yang menangani KB adalah Kantor KB, jadi belum dalam bentuk badan KB. Dengan kewenangan dan topuksi yang lebih terbatas dibandingkan dengan Badan KB, maka hal ini tentunya dapat menjadi hambatan untuk pengembangan program dan kegiatan, perolehan dukungan dana dari APBD, kinerja Kantor KB di Kota Yogyakarta dan tentunya berdampak pada capaian program KB. Adapun arah dan kebijakan program KB–KS Kantor Yogyakarta adalah sebagai berikut:

- Penundaan usia perkawinan: membentuk dan mengembangkan PIK–R serta sosialisasi/advokasi KRR
- Pengaturan kelahiran: pelayanan KB, penggunaan kontrasepsi rasional, efektif dan efisien (REE), serta keberpihakan pada keluarga miskin (KPS dan KS-I)
- Pembinaan ketahanan keluarga: sosialisasi 8 fungsi keluarga
- Peningkatan kesejahteraan keluarga: pengembangan Usaha Peningkatan Keluarga Sejahtera/UPPKS

Dari berbagai program dan kegiatan di atas, dapat dikatakan bahwa semakin besar struktur organisasi kelembagaannya dan tupoksinya, maka akan semakin lengkap kegiatannya. Secara ringkas kegiatan terkait dengan pelayanan KB ditujukan untuk pelaksanaan pelayanan KB diberbagai tempat seperti puskesmas, klinik serta KB keliling; penyediaan alokon serta sosialisasi atau advokasi. Hal yang sering terlupakan dalam pengembangan program KB adalah penguatan kelembagaan KB, baik di tingkat

provinsi maupun kabupaten/kota, yang pada umumnya masih sederhana struktur organisasi dan topuksinya. Sebagai contoh baik di BPMPKB serta Kantor KB tersebut tidak memprioritaskan penguatan kelembagaan, padahal isu ini prioritas dalam era otonomi daerah.

Dari hasil kuesioner pada umumnya mengatakan bahwa sejauh ini program dan kegiatan tersebut sudah efektif namun pada tahun 2004–2009 banyak terdapat kendala yaitu berkaitan dengan kelembagaan yang menangani KB di kabupaten/ kota masih bervariasi dan belum fokus menangani KB. Memang relatif jarang responden dengan jelas mengatakan bahwa program dan kegiatannya tidak efektif, karena mungkin belum ada perangkat evaluasi yang tepat. Namun demikian, kondisi kurang efektifnya program dan kegiatan ini dapat dipahami mengingat bahwa dengan dana yang terbatas dan tupoksi lebih dari satu, seperti pemberdayaan masyarakat, pemberdayaan perempuan dan keluarga berencana, maka dapat berdampak pada program/kegiatan yang tidak berkesinambungan. Diharapkan ke depan dengan pengembangan kelembagaan, isu KB dapat ditangani minimal dengan kelembagaan setingkat badan dan fokus pada program KB.

Dalam upaya pengembangan kedepan program dan kegiatan pelayanan KB bagi masyarakat miskin, pada umumnya instansi di daerah sependapat dengan BKKBN Provinsi dan kantor KB Kota Yogya, yaitu bahwa seyogyanya yang bertanggungjawab atas pengembangan program KB di daerah adalah SKPD KB sesuai dengan tupoksinya, antara lain yaitu menangani pelayanan KB bagi keluarga miskin.

4.5.2. Dukungan Pemda Terhadap Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Dukungan Pemda terhadap pelayanan KB dapat berupa penguatan kelembagaan, penguatan program dan kegiatan, serta dukungan pembiayaan dalam APBD provinsi maupun APBD kabupaten/kota. Kelembagaan institusi KB dibentuk berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, yang menetapkan bahwa KB dan KS merupakan urusan pemerintahan wajib bagi Pemda kabupaten/ Kota. Semua pemerintah tingkat dua di DIY telah menetapkan institusi KB dalam bentuk badan, kecuali Kota Yogya yang masih berupa Kantor. Perbedaan tupoksi dan kewenangan akan mempengaruhi kinerja

lembaga, khususnya dalam program dan kegiatan KB. Untuk itu diharapkan komitmen Pemda Kota Yogya untuk dapat segera meningkatkan kedudukan Kantor KB menjadi Badan KB.

Berkaitan dengan komitmen terhadap pembiayaan, pemda telah mengalokasikan APBD untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin termasuk didalamnya pelayanan KB melalui Jamkesmas dan Jamkesda. Namun dukungan Pemda tersebut dirasakan belum cukup mengingat dukungan lebih banyak untuk pelayanan kesehatan pada umumnya daripada untuk pelayanan KB. Kantor KB Kota Yogya menghadapi kendala juga karena program KB belum menjadi prioritas pemda, dan dengan demikian alokasi anggaran pun disesuaikan dengan kemampuan APBD.

Kurang prioritasnya program KB berdampak pada rendahnya anggaran untuk KB, demikian juga untuk Jamkesda. Kondisi ini memperparah pelayanan KB bagi masyarakat miskin, semakin banyak masyarakat miskin yang tidak memperoleh pelayanan KB gratis, baik melalui Jamkesmas maupun Jamkesda. Dengan demikian keluarga miskin, KPS dan KS-I apabila akan mengikuti pelayanan KB harus membayar sesuai Perda.

4.5.3. Pandangan Terhadap Kriteria Keluarga Miskin Menurut BPS dan BKKBN

Berkaitan dengan kriteria keluarga miskin, BKKBN Propinsi DIY berpendapat bahwa penentuan sasaran KPS dan KS-I sebagaimana dijabarkan dalam kriteria/ aspek tahapan keluarga sejahtera telah sesuai. Namun demikian, dirasakan bahwa kriteria tersebut perlu disempurnakan sesuai dengan perkembangan dan diharapkan ada penetapan kriteria yang sama secara nasional di tingkat kabupaten/kota. Pendataan keluarga sebagai data mikro untuk mendukung operasional program KB, yang telah dilakukan rutin setiap tahun dan dapat mendukung data makro dari BPS. Sangat diharapkan jumlah kuota keluarga miskin sama dengan jumlah keluarga KPS dan KS-I di kabupaten/kota. Untuk itu, usulan konkret untuk mengharmonisasikan perbedaan pengukuran masyarakat miskin, yaitu antara pengukuran dengan kriteria BKKBN dan kriteria BPS, adalah perlu komitmen pemerintah pusat antara Bappenas, BPS, BKKBN, Kemendagri, Kemenkes, dan Kemensos di bawah koordinasi Menko Kesra. Pandangan yang sama juga disarankan oleh Kantor KB Kota Yogya bahwa kriteria tersebut masih parsial dan menghambat pelaksanaan pelayanan KB antara BKKBN dan dinas sosial.

Untuk itu perlu disempurnakan dan dikoordinasikan dengan BPS, BKKBN dan dinas sosial.

Keluhan sebagai akibat perbedaan kriteria kemiskinan tersebut sangat dirasakan oleh pelaksana ditingkat teknis kegiatan pelayanan KB. Sangat disayangkan bahwa hal ini telah berlangsung tahunan dan belum juga ada kebijakan nyata yang dapat menyelesaikannya. Sebagai akibat perbedaan kriteria kemiskinan tersebut maka masyarakat miskin KPS dan KS-I belum tentu dikategorikan sebagai masyarakat miskin menurut BPS, sehingga mereka tidak mendapat kartu Gakin, dan tidak dapat terlayani oleh Jamkesmas ketika akan ber-KB. Akibat berikutnya, KPS dan KS-I harus terbebani oleh biaya pelayanan KB baik di klinik, puskesmas, ataupun RS, atau kemungkinan lainnya adalah mereka menjadi enggan untuk ber-KB.

4.5.4. Pedoman Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Pada tahun ke dua RPJMN 2004 – 2009, yaitu di tahun 2006, salah satu upaya yang dilakukan pemerintah untuk mendukung pelayanan KB bagi masyarakat miskin adalah dengan menerbitkan Juknis Pelayanan KB Melalui Askeskin di Provinsi DIY tahun 2006 yang merupakan hasil kerjasama antara PT Askes, Dinas Kesehatan Provinsi DIY dan BKKBN Provinsi DIY. Pedoman tersebut merupakan wujud kerjasama instansi terkait terhadap pelaksanaan teknis bantuan pelayanan KB bagi masyarakat miskin. Cakupan dari pedoman tersebut secara garis besar adalah sebagai berikut:

- Tujuan Pedoman
Tujuan dari pedoman tersebut adalah meningkatkan jumlah, cakupan dan pemerataan Pasangan usia Subur (PUS) dari keluarga miskin (KPS dan KS-I) untuk mendapatkan pelayanan KB, penanganan efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi melalui Askeskin atau Program Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikelola oleh PT Askes.
- Sasaran langsung dari pedoman ini adalah seluruh peserta KB dari keluarga miskin (PKS dan KS-I) yang dijamin pemerintah melalui Askeskin dengan persyaratan bahwa calon/ peserta KB adalah PUS yang masuk kategori miskin (KPS dan KS-I), mempunyai Kartu Askeskin, atau Surat Keterangan Tidak Mampu/SKTM yang dilegalisir oleh PT Askes, atau Kartu Subsidi Langsung Tunai/SLT.

- Tempat pelayanan KB
 - Pelayanan dasar/tingkat I ada di puskesmas, puskesmas pembantu, pondok bersalin desa/polindes, puskesmas keliling, puskesmas perawatan/puskesmas TT;
 - Pelayanan rujukan/ tingkat lanjut ada di berbagai RSUD dan RS swasta yang telah ditunjuk di tingkat kabupaten dan kota
- Cakupan pelayanan KB persyaratan peserta Askeskin
Berbagai pelayanan KB dapat di laksanakan di tingkat puskesmas, sedangkan khusus penanganan MOP dan MOW hanya dapat dilayani di rumah sakit.
- Pembiayaan
Biaya pelayanan KB di puskesmas dibayar oleh PT Askes (Persero), demikian juga untuk di rumah sakit pasien tidak dikenakan iur bayar. Sedangkan pembiayaan dari BKKBN mencakup penyediaan alokon, penyiapan pra-pelayanan, pemantauan pasca pelayanan serta pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Askeskin. Pembiayaan pelayanan KB yang dibiayai melalui Askeskin hanya dilayani di tempat pelayanan KB yang telah melakukan kerja sama dengan PT Askes.
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan KB–KR melalui Askeskin akan dipantau secara terpadu oleh PT Askes Cabang Utama Yogya, Dinkes provinsi dan BKKBN Provinsi DIY.

Askeskin merupakan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini telah banyak membantu masyarakat miskin, termasuk untuk membantu pelayanan KB bagi KPS dan KS-I yaitu dengan diterbitkannya Juknis Pelayanan KB Melalui Askeskin di Provinsi DIY tahun 2006 tersebut di atas sebagai kerja sama antara instansi BKKBN, dinas kesehatan, dan PT Askes.

Juknis Pelayanan KB bagi KPS dan KS-I tersebut hanya berlaku sampai dengan 2008 seiring dengan disempurnakannya program Askeskin. Dalam pelaksanaannya ditemui beberapa kendala teknis administrasi antara lain yaitu verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, dan penyelenggara tidak menanggung resiko. Untuk itu program Askeskin tersebut hanya berlangsung sampai dengan tahun 2008 dan kemudian disempurnakan dengan

Jamkesmas yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan No.125/Menkes/SK/II/2008 dan disempurnakan beberapa kali melalui Kepmenkes No. 316/Menkes/SK/V2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009 dan Kepmenkes No. 686/MENKES/SK/VI/2010 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Beberapa pedoman telah diterbitkan oleh BKKBN terkait dengan pelayanan KB, antara lain yaitu :

- Pelaksanaan Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi Bagi Penduduk Miskin, disusun oleh BKKBN pusat pada tahun 2005;
- Pedoman Pelayanan KB dalam Jaminan Kesehatan Masyarakat, disusun oleh BKKBN bekerja sama dengan Departemen Kesehatan pada tahun 2009;
- Pedoman Pelayanan KB di rumah sakit, disusun oleh Departemen Kesehatan dan BKKBN pada tahun 2010;
- Juklak Jaminan dan Pelayanan KB Provinsi, Kabupaten, dan Kota, disusun BKKBN pada tahun 2010.

Berbagai pedoman tersebut di atas mencoba mengatasi hal terkait :

- Memfasilitasi masyarakat miskin agar dapat tercakup dalam program Jamkesmas, dan juga pemanfaatan kartu Sehat, kartu Subsidi Langsung Tunai, kartu Gakin dan SKTM bagi masyarakat miskin yang tidak mempunyai Jamkesmas;
- Pembiayaan gratis bagi masyarakat miskin terkait dengan alokasi serta biaya pra pelayanan seperti transportasi, yang semuanya akan ditanggung oleh BKKBN;
- Kontribusi Pemda dalam menunjang pembiayaan pelayanan KB khususnya bagi masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam Jamkesmas, serta biaya terkait selisih tarif pelayanan, biaya transportasi dan bahkan untuk pendamping klien rawat inap;
- Memasukkan cakupan masyarakat miskin bukan hanya yang tercakup dalam kategori miskin sesuai kriteria BPS akan tetapi juga mencakup masyarakat miskin dengan kategori KPS dan KS-I (kriteria miskin BKKBN).

Meskipun berbagai upaya telah dilakukan sebagaimana disebutkan di atas, berbagai permasalahan yang masih harus dihadapi antara lain meliputi :

- Advokasi dalam rangka penggalangan komitmen dari eksekutif, legislatif, toga, toma agar KPS dan KS-I mendapat quota jaminan pelayanan Jamkesmas. Hal ini dapat

dikatakan menyelesaikan masalah perbedaan kriteria kemiskinan dengan menciptakan masalah baru yaitu suatu advokasi yang mungkin kurang efektif. Perbedaan kriteria tersebut seyogyanya diharmonisasikan menjadi hanya 1 macam kriteria dengan sekaligus menyempurnakannya berdasar kelebihan dan kekurangan dari masing-masing metode penentuan kriteria tersebut;

- Beberapa alternatif pembiayaan yang memungkinkan untuk menampung KPS dan KS-I jika tidak tertampung di dalam Jamkesmas mencakup (1) pembiayaan diberikan melalui APBD (Jamkesda); (2) pendampingan oleh PLKB ke puskesmas/klinik/RS; (3) difasilitasi pada saat pelayanan KB Keliling.
- Pada era otonomi daerah sekarang ini, program KB masih belum menjadi prioritas daerah dan tantangannya adalah keterbatasan APBD untuk membantu menunjang pembiayaan pelayanan KB sebagaimana disebutkan dalam pedoman-pedoman tersebut.

Dengan kata lain, berbagai pedoman tersebut belum efektif menyelesaikan masalah pemberian pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin dan juga pelaksanaan teknis dilapangan bagi penanggungjawab pelaksanaan program KB. Oleh karena itu, dapat disimpulkan sementara bahwa belum tersedia pedoman yang secara spesifik ditujukan sebagai panduan teknis pelaksanaan kegiatan pelayanan KB bagi masyarakat miskin, baik dari perencanaan, pelaksanaan (antara lain berupa advokasi yang sesuai, pelayanan yang gratis dan mudah prosedurnya) hingga evaluasinya.

4.5.5. Kendala Pelaksanaan Jamkesmas dan Jamkesda Terkait dengan Program Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Sejauh ini di DIY terdapat beberapa jenis program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, yaitu :

- Jaminan kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), adalah bentuk bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu serta peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh pemerintah
- Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos), merupakan bentuk penjaminan bagi masyarakat miskin atau tidak mampu yang tidak dijamin oleh Jamkesmas dan diusulkan oleh bupati/walikota kepada Gubernur DIY. Adapun sumber dananya adalah dari APBD provinsi;

- Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) adalah penjaminan untuk masyarakat miskin/tidak mampu yang tidak dijamin Jamkesmas dan Jamkesos-APBD kabupaten/kota);
- Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah identitas bahwa keluarga dan anggota keluarga yang tercantum didalamnya merupakan keluarga dan penduduk miskin yang berlaku 1 tahun sekali (sampai dengan tanggal 31 Desember).

Jaminan kesehatan yang diberikan meliputi pelayanan KB dan penanganan efek samping, kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya. Dalam jaminan ini alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN. Selanjutnya, kendala yang dihadapi dari pelaksanaan kebijakan jaminan kesehatan tersebut adalah tidak semua keluarga miskin (Gakin KPS dan KS-I) dapat terlayani kebutuhan KB nya di puskesmas atau klinik dan rumah sakit karena tidak memiliki kartu Gakin. Selain itu masyarakat sering tidak tahu bagaimana cara mengakses jaminan kesehatan tersebut, dan masalah lainnya adalah ketersediaan alat kontrasepsi yang kadang terhambat. Untuk itu, saran untuk mengharmonisasikan kebijakan Jamkesmas dan Jamkesda dengan kebijakan program BKKBN adalah dengan menyusun Juknis/ pedoman pelayanan KB melalui Jamkesmas/Jamkesda bagi keluarga KPS dan KS-I.

Permasalahan yang sama juga dihadapi oleh Kantor KB Kota Yogyakarta terkait hal tersebut, dan saran yang disampaikan adalah bagaimana dapat mengharmonisasikan kebijakan tersebut antara lain dengan cara memasukkan data PKS dan KS-I untuk mendapatkan Jamkesda. Upaya harmonisasi kebijakan telah dilakukan dengan pembuatan Juknis kerjasama atau pedoman, akan tetapi hal tersebut belum mampu menyelesaikan masalah.

4.5.6. Penggunaan Alokasi oleh Akseptor

Penggunaan alokasi oleh akseptor selama ini dinilai belum sesuai dengan yang diinginkan oleh akseptor karena masih terbatasnya persediaan alokasi berdasarkan metode kontrasepsi. Suntik merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak diminati akseptor karena dianggap praktis. Sejauh ini telah ditetapkan Pedoman Teknis Pelayanan Kontrasepsi (Buku Biru) untuk membantu pelayanan KB bagi masyarakat.

Berikut adalah gambaran ringkas hasil kuesioner terkait pandangan responden terhadap karakteristik penggunaan metode kontrasepsi kondom, pil, suntik, implant, IUD, MOP, MOW:

- Pengelompokan menurut jangka waktu penggunaan:
 - harian (kondom);
 - bulanan (suntik, pil);
 - tahunan (implant, IUD, MOP, MOW);
- Umur ideal penggunaan :
 - Kondom: 19 – 45 tahun
 - Pil, suntik, implant: 25 – 35 tahun
 - IUD: 21 – 45 tahun
 - MOP, MOW: di atas umur 35 tahun
- Side efek penggunaan yaitu tidak nyaman (kondom), cloasma (pil), haid tidak teratur/ amenorrhea dan berat badan bertambah (suntik), sakit kepala (implant), dan leukorrhea (IUD);
- Tingkat kesulitan jangkauan daerah :
 - Daerah yang mudah dijangkau idealnya menggunakan kondom, pil dan suntik;
 - Daerah yang sulit dijangkau pelayanan KB idealnya menggunakan IUD, implant, MOP, MOW;
- Pemilihan metode kontrasepsi dan jumlah anak :
 - Akseptor dengan jumlah anak kurang dari 2 dianjurkan menggunakan kondom, pil dan suntik;
 - Akseptor dengan jumlah anak lebih dari 2 dianjurkan menggunakan IUD, implant, MOP dan MOW.
- Jaminan ketersediaan alokon dan pelayanannya serta harga alokon
 - Alokon yang terjamin ketersediaannya serta murah dan mudah didapatkannya adalah kondom, pil, suntik serta IUD;
 - Alokon yang kurang terjamin ketersediaannya serta mahal dan sulit didapatkan adalah implant, MOP dan MOW.

Secara ringkas dapat dikatakan bahwa metode kontrasepsi kondom, pil, dan suntik lebih tepat untuk akseptor yang jumlah anaknya belum 2 orang atau masih 1 orang dan usia akseptor antara 19 sampai dengan 35 tahun. Alokon tersebut juga mudah

didapat dan biaya yang harus dikeluarkan untuk alokonnya relatif murah. Sedangkan alokon jenis implant, IUD, MOP, dan MOW yang jangka waktu penggunaannya tahunan, lebih tepat untuk akseptor yang telah memiliki anak sebanyak 2 orang atau lebih, dengan usia akseptor di atas 35 tahun, terlebih untuk akseptor di daerah yang sulit dijangkau oleh pelayanan KB. Namun sayang alokon tersebut relatif susah jaminan ketersediaannya dan terkadang harus mengeluarkan biaya yang mahal.

Tantangan dari data atas karakteristik penggunaan ideal alokon dan fakta lapangan yang dipilih atau dianjurkan oleh petugas medis adalah apakah ada jarak yang cukup berbeda antara penggunaan ideal dan fakta lapangan tersebut. Jawaban dari kuesioner tersebut juga menyebutkan bahwa pemakaian alokon oleh peserta KB cenderung tidak sesuai dengan penggunaan idealnya, misalnya ada kecenderungan akseptor memilih suntik atau pil karena praktis meskipun jumlah anak sudah 2 orang atau lebih, yang seyogyanya sudah memakai MKJP.

4.5.7. Perencanaan Pengadaan Alokon Gratis dan Pendistribusiannya

Selama ini yang menjadi dasar perencanaan pengusulan pengadaan alokon bagi keluarga miskin adalah: 1) Perkiraan Permintaan Masyarakat (PPM) yang ditetapkan oleh BKKBN Pusat yang kemudian dijabarkan sesuai dengan kesepakatan dan kondisi masing-masing wilayah, 2) rata-rata pengeluaran alokon, dan 3) sisa persediaan alokon yang ada. Hal tersebut telah diatur melalui peraturan BKKBN Pusat.

Dalam perencanaan pengadaan alokon tersebut, tidak dilakukan pemetaan hubungan antara jenis alokon, jangka waktu penggunaan, dan topografi daerah yang berbukit, terpencil, atau sulit terjangkau. Sistem yang digunakan sekarang adalah berdasar min-max, yaitu minimal dan maksimal ketersediaan setiap jenis alokon di gudang BKKBN provinsi, gudang SKPD kab/kota, dan di tempat pelayanan KB⁷. Di samping itu, dalam pendistribusian alokon, khususnya dari gudang SKPD KB Kab/Kota ke puskesmas tidak disediakan dana dari APBD. Untuk ke depannya, diharapkan hal tersebut dapat ditanggung oleh SKPD KB kab/kota melalui APBD.

⁷ Sistem min-max tersebut ada standarnya

Hal yang sangat strategis dalam pemberian pelayanan yang berkualitas adalah kemampuan mengidentifikasi *demand* alokon dari klien atau calon/peserta KB. Memperhatikan bahwa 1) seringnya keluhan bahwa alokon yang digunakan tidak sesuai dengan keinginan peserta KB; 2) minimnya pemahaman akseptor miskin tentang alokon; dan 3) memperhatikan karakteristik penggunaan alokon yang ideal, maka kemampuan *men-supply* alokon yang akurat adalah kemampuan untuk menyediakan alokon semata bukan hanya memenuhi permintaan akseptor akan tetapi adalah menyediakan alokon sesuai permintaan yang rasional. Permintaan alokon yang rasional misal dengan pertimbangan–pertimbangan terhadap usia, jumlah anak, kondisi ekonomi, kesehatan, jangkauan tempat tinggal, kemudahan akseptor mendatangi tempat pelayanan KB (klinik, puskesmas, RS). Di samping itu, berdasarkan survei lapangan, kemampuan untuk memetakan *demand* alokon dengan akurat masih belum dimiliki. Oleh karena itu, diperlukan penyempurnaan sistem pengaturan *demand* dan *supply* alokon.

4.5.8. Permasalahan dalam Pemberian Pelayanan Bagi Akseptor KB

Pada uraian sebelumnya telah disinggung beberapa hal terkait dengan akseptor, namun secara garis besar permasalahan yang dihadapi dalam pelayanan kepada akseptor KB adalah sebagai berikut :

- 1) Tidak semua KPS dan KS-I mendapat Jamkesmas sehingga harus membayar untuk pelayanan KB sesuai ketentuan di dalam perda;
- 2) Keluarga miskin yang tidak tertampung dalam Jamkesmas belum tentu dapat tertampung dalam Jamkesos ataupun Jamkesda;
- 3) Biaya dan prosedur pelayanan KB bagi akseptor tanpa kartu gakin masih membebani akseptor. Sebagai contoh yaitu bahwa prosedur persyaratan administrasi pelayanan KB masih merepotkan, yang memerlukan KTP, C/I dan formulir–formulir isian yang harus diisi dan dicap di PT Askes;
- 4) Jenis alokon yang tersedia kadang tidak sesuai dengan keinginan akseptor, misal belum tersedia alokon bagi ibu yang menyusui, diinginkan suntik untuk jangka waktu 1 bulan dan yang tersedia suntik untuk 3 bulan; peserta KB menginginkan IUD MICu dan yang tersedia Cu T;
- 5) Jaminan ketersediaan IUD dan Implant tidak pasti sehingga harus indent terlebih dahulu;
- 6) Kualitas alokon dari APBN sering jelek sehingga diganti alokon yang bersumber dari APBD;

- 7) Untuk calon peserta MOW dengan berat badan di atas 60 kg memerlukan biaya Rp 2,5 juta dan ini tidak dapat dilayani dengan APBN karena dana APBN hanya dianggarkan biaya MOW adalah sebesar Rp 400.000,-;
- 8) Menurut dinas kesehatan, di Kota Yogyakarta belum tersedia pelayanan MOP;
- 9) Menjaga kualitas alokon agar digunakan sebelum ED (*expired date*), dapat disimpan dengan baik sesuai standar first in first out/FIFO pada gudang yang memenuhi syarat;
- 10) Banyak akseptor yang tidak nyaman dan tidak tertarik (membosankan, ramai, terlalu banyak pesertanya) terhadap pertemuan-pertemuan dengan para petugas KB (penyuluhan, konseling, dan lainnya). Hal ini berakibat pesan yang akan disampaikan kepada akseptor menjadi tidak sampai dan dampaknya adalah pemahaman yang rendah tentang KB;
- 11) Ratio PKB relatif kecil dibandingkan dengan jumlah desa yang harus dilayani, untuk itu perlu ditambah jumlah PKB;
- 12) Sebagian besar *provider* (bidan/dokter) belum mempunyai sertifikasi pelayanan KB. Upaya yang telah dilakukan adalah pelatihan bagi *provider* bekerja sama dengan RSUP dr. Sarjito;
- 13) Petugas lini lapangan masih memerlukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam pelayanan KB, antara lain Latihan Dasar Umum/ LDU dan pelatihan teknis lainnya; dan
- 14) Kesempatan konseling telah diberikan akan tetapi belum tersedia ruang konseling yang memadai.

4.5.9. Pengenaan Biaya pada Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Berbagai pelayanan KB yang dilaksanakan di puskesmas/klinik KB/pelayanan KB keliling, baik yang dilaksanakan oleh pemerintah maupun pihak swasta, pada intinya telah disertai dengan penjelasan dari para petugas terkait dan tidak dipungut biaya, baik biaya untuk alat kontrasepsi maupun biaya untuk pelayanannya. Akan tetapi, bebas biaya atau gratis tersebut ternyata hanya berlaku bagi Akseptor Kartu Gakin (AKG). Berbeda dengan AKG, Akseptor Tanpa Kartu Gakin (ATKG) meskipun termasuk kelompok masyarakat miskin, harus mengeluarkan biaya untuk mendapat pelayanan KB sebagaimana telah diatur di dalam perda setempat, sedangkan alokonnya disediakan dari BKKBN, namun khusus untuk alokon jenis IUD dan kondom tidak dipungut biaya atau gratis.

Apabila ATKG dikenakan biaya sesuai Perda tersebut, biasanya tidak diberitahukan dengan jelas untuk apa biaya tersebut, dan mereka keberatan karena tidak mampu untuk membayarnya. Untuk mengatasi masalah tersebut akseptor tanpa kartu Gakin disarankan datang ke pelayanan KB statis didampingi oleh PLKB/SKPD KB untuk mendapatkan pelayanan KB gratis. Saran yang lain adalah diperlukan juga KIE dan konseling pelayanan KB bagi keluarga miskin (KPS dan KS-I).

Biaya lain yang harus dikeluarkan oleh akseptor adalah transportasi menuju tempat pelayanan. Apabila calon atau akseptor KB datang ke tempat pelayanan KB, baik dijemput petugas KB maupun datang bersama-sama dengan kelompok, biasanya mereka akan diminta untuk iuran biaya transportasi dan konsumsi. Besarnya iuran transportasi tersebut tergantung pada jauh atau dekat lokasi pelayanan dengan rumah mereka. Terkadang akseptor diantar keluarga atau datang sendiri ke tempat pelayanan. Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka dapat dikatakan bahwa pelayanan KB gratis untuk keluarga miskin dapat dikatakan belum efektif karena di lapangan masih banyak ditemukan peserta KB dari keluarga miskin yang harus membayar atas pelayanan ber-KB.

4.5.10. Pendataan Terkait Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

Sejak tahun 2005 hingga tahun 2009 berbagai pelayanan KB telah diberikan Pemerintah untuk KPS dan KS-I, yaitu mencakup pemberian alokon, konsultasi KB, pemasangan/ pencabutan alat kontrasepsi, pelayanan ganti cara serta penanganan kasus komplikasi. Khusus untuk pemberian obat side efek hanya pernah dilaksanakan di tahun 2008 saja. Sedangkan pelayanan MOP dan MOW tidak dapat dilaksanakan di puskesmas atau klinik karena tidak memiliki fasilitas untuk operasi serta tenaga medisnya, oleh karena itu, akseptor MOP dan MOW biasanya dirujuk dan dilayani di rumah sakit.

Adapun jumlah masyarakat miskin yang tidak dapat terlayani karena tidak memiliki kartu belum pernah didata sejak tahun 2008. Selain itu, pendataan tentang permasalahan atau kendala yang dihadapi puskesmas/klinik KB dalam memberikan pelayanan KB bagi masyarakat miskin juga masih sangat terbatas. Berikut diuraikan secara ringkas mengenai pendataan pada KS dan KS-I.

- Mekanisme dan prosedur pendataan KPS dan KS-I.

Pendataan KPS dan KS-I dilaksanakan melalui Survei Pendataan Keluarga yang rutin dilaksanakan tiap tahun sekitar bulan Juli sampai dengan bulan September. Pelaksanaannya dengan instruksi gubernur kepada bupati/walikota untuk melaksanakan Survei Pendataan Keluarga yang akan dilakukan oleh pemda bekerjasama dengan BKKBN, yaitu melalui pengumpulan data dari kader tingkat RT (Sub-PPKBD) dengan bimbingan PLKB/PKB melalui wawancara dari rumah ke rumah dan direkap serta dikirim secara berjenjang.

- Data KPS dan KS-I.

Sejak tahun 2005 hingga tahun 2009 jumlah peserta KB di provinsi DIY telah meningkat dari tahun ke tahun, namun demikian pendataan KPS dan KS-I belum sepenuhnya terpenuhi karena tidak semua kab/kota melapor secara rutin. Beberapa data tahun 2003 hingga tahun 2009 yang menggambarkan KPS dan KS-I dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 26. Jumlah dan Persentase Tahapan Keluarga Sejahtera per-Kabupaten/Kota Tahun 2009

No.	Kabupaten/kota	Jumlah Kepala Keluarga	Jumlah/ %	KPS	KS-I	Jumlah KPS & KS-I	Persentase Terhadap Prov. DIY
1	Bantul	254.149	Jumlah	38.247	50.086	88.333	9.29
			%	15,05	19,71	34,76	
2	Sleman	264.989	Jumlah	32.483	53.242	85.725	9.01
			%	12,26	20.09	32,35	
3	Gunung Kidul	219.323	Jumlah	52.653	62.845	115.498	12.14
			%	24,01	28,65	52,66	
4	Kulon Progo	120.199	Jumlah	43.350	26.654	70.004	7.36
			%	36,07	22.17	58,24	
5	Kota Yogya	92.342	Jumlah	7.801	21.256	29.057	3.06
			%	8,45	23,02	31,47	
	Provinsi DIY	951.002	Jumlah	174.534	222.674	388.617	
			%	18,35	23,41	40,86	

Sumber : Diolah dari Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2009

DIY memiliki 4 kabupaten dan 1 kota, di antara kelima daerah tingkat dua tersebut, Kabupaten Sleman, Bantul, dan Gunung Kidul memiliki jumlah keluarga yang relatif besar dibandingkan dengan daerah lainnya. Akan tetapi sebaran keluarga miskin terbanyak berada di Kabupaten Gunung Kidul, dengan kata lain penduduk Kabupaten Gunung Kidul relatif miskin dibandingkan dengan daerah lainnya.

Tabel 27. Pendataan Keluarga KPS dan KS-I Provinsi DIY Tahun 2006 - 2009

Tahun	Wilayah	Jumlah Keluarga	KPS		KS-I		KPS dan KS-I	
			Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	2	3	4	5=4/3	6	7=6/3	8	9=8/3
2006	DIY	891.783	216.141	24.2	193.270	21.7	409.411	45.9
	Nasional	55.803.271	13.326.683	23.9	13.413.562	24.0	26.740.245	47.9
2007	DIY	910.696	192.314	21.1	206.741	22.7	399.055	43.8
	Nasional	57.491.268	13.479.039	23.4	13.387.570	23.3	26.866.609	46.7
2008	DIY	930.684	178.769	19.2	209.522	22.5	388.291	41.7
	Nasional	59.055.159	13.547.651	22.9	13.758.879	23.3	27.306.530	46.2
2009	DIY	951.002	174.534	18.4	214.083	22.5	388.617	40.9
	Nasional	60.882.467	13.571.611	22.3	14.391.993	23.6	27.963.604	45.9

Sumber : Pendataan Keluarga Tahun 2009

Tabel di atas menunjukkan bahwa keluarga miskin di DIY cenderung berkurang jumlahnya selama tiga tahun terakhir khususnya dari kelompok KPS. Pada tahun 2006 jumlah keluarga miskin (KPS dan KS-I) adalah sebesar 409.411 dan menurun menjadi sebesar 388.617 atau sebesar 5% pada tahun 2009. Sebaliknya di tingkat nasional keluarga miskin cenderung terus meningkat yaitu dari sejumlah 26.740.245 di tahun 2006 menjadi sebesar 27.963.604 (4,6%) dan ini disebabkan karena meningkatnya jumlah KS-I.

Tabel 28. Pencapaian Peserta KB Baru (PB) Provinsi DIY Tahun 2008 - 2009

Tahun	Wilayah	PPM PB PM Miskin	Pencapaian PB Miskin	Persentase (%)
2008	DIY	32.500	3.441	10.6
	Nasional	3.339.650	583.400	17.5
2009	DIY	33.078	7.634	23.1
	Nasional	3.486.891	2.950.286	84.6

Sumber : Pendataan Keluarga Tahun 2009

Data PB keluarga miskin belum tersedia pada tahun 2005–2007 mengingat dalam sistim *Recording Reporting* belum tercakup PB untuk akseptor dari keluarga miskin. Dari tabel tersebut digambarkan bahwa pencapaian PB miskin (KPS dan KS-I) DIY telah meningkat lebih dari 2 (dua) kali lipat dari tahun 2008 ke tahun 2009, demikian juga tren untuk tingkat nasional. Namun demikian, pencapaian tersebut sangat kecil dibandingkan dengan PPM-nya. Sejak otonomi daerah, di mana kewenangan telah diserahkan kepada SKPD KB kab/kota telah berdampak pada penurunan pencapaian program.

Tabel 29. Pencapaian Peserta KB Aktif (PA) Provinsi DIY Tahun 2008 - 2009

Tahun	Wilayah	PPM PA PM Miskin	Pencapaian PA Miskin	Persentase (%)
2005	DIY	212.250	176.695	83.2
	Nasional	11.842.890	11.800.003	99.6
2006	DIY	220.000	177.228	80.6
	Nasional	12.135.500	12.197.442	100.5
2007	DIY	207.100	172.974	83.5
	Nasional	12.175.000	12.309.642	101.1
2008	DIY	216.200	174.031	80.5
	Nasional	12.837.690	12.846.783	100.1
2009	DIY	177.937	122.857	69.0
	Nasional	13.335.684	13.104.246	98.3

Sumber : Pendataan Keluarga Tahun 2009

Pencapaian PA miskin dari tahun 2005 hingga tahun 2009 cenderung terus menurun baik secara nominal maupun dalam persentase terhadap PPM PA miskin. Salah satu kendala dari pencapaian tersebut adalah sebagai dampak dari penyerahan kewenangan ke kabupaten/kota dalam era otonomi daerah.

4.5.11. Koordinasi Kerja

Koordinasi kerja yang telah dilakukan BKKBN Provinsi DIY antara lain mencakup sebagai berikut.

Tabel 30. Kegiatan Koordinasi yang Dilakukan oleh BKKBN Provinsi DIY

No.	Kegiatan Koordinasi	Tujuan
1	Dengan petugas lini lapangan : • <i>monitoring</i> pembinaan program KB – KR Kendala : tupoksi SKPD KB tidak fokus pada pelayanan KB.	• <i>Updating</i> data peserta KB (PUS hamil, PUS <i>unmeet need</i>) • Rencana pelayanan KB • Distribusi alokon ulang (pil, co)
2	Dengan bidan/ dokter : - medis teknis, setahun 2 kali; - <i>visiting specialist</i> , setahun 3 kali. Kendala : masih banyak bidan dan dokter yang belum terlatih.	• cakupan pelayanan KB dokter praktek swasta -DPS/ bidan praktek swasta - BPS • peningkatan kualitas pelayanan KB • arahan penggunaan MKJP REE – Rational Efektif dan Efisien
3	Dengan Puskesmas/Klinik : - bakti sosial pelayanan KB, pada momentum tertentu - <i>surveillance</i> pasca pemasaran (SPP) pelayanan KB - peningkatan kinerja pelayanan KB Kendala : - pelayanan KB massal/ bhakti sosial, <i>screening</i> tidak maksimal	• cakupan dan akses pelayanan KB pemerintah/ swasta • peningkatan kualitas pelayanan KB (sdm, saran/ prasarana, alokon).

No.	Kegiatan Koordinasi	Tujuan
	- dijumpai penyimpanan alokon di KKB yang tidak sesuai dengan sistem pengelolaan alokon	
4	Dengan Rumah Sakit : medis teknis, <i>visitting, pre and in service training</i> . Kendala : Alokon bagi ibu menyusui (pil) belum ada.	Peningkatan kesertaan KB pasca persalinan/ pasca keguguran.
5	Dengan SKPD KB Provinsi : Forum Komunitas Kesehatan Reproduksi Remaja/ FK PKRR, Harganas, TMKK – Tim Manunggal KB Kesehatan, HKG PKK, HUT IBI, HUT Bhayangkara, dan HUT RS	Mendapatkan komitmen pencapaian PA, PB, khususnya KPS dan KS-I
6	Dengan SKPD KB Kab/ kota : Rapat koordinasi, fasilitasi (pembinaan dan monitoring program KB), dan kegiatan operasional strategis di kab/ kota	Mendapatkan komitmen pencapaian PA, PB, khususnya KPS dan KS-I
7	Dengan Dinas kesehatan : medis teknis, <i>visiting dan bakti sosial pelayanan KB - kes</i>	-
8	Dengan BPS : SDKI 2007 dan SUPAS 2006	-
9	Dengan BKKBN Pusat: Rakernas, review program, konsultasi bidang, konsultasi seksi, penerbitan pedoman/ panduan/ juknis/ juklak, Rakor teknis, pelatihan teknis	-
10	Kegiatan lainnya : Jambore Institusi Masyarakat Pedesaan/IMP, PLKB, Saka Kencana; Lomba KB Pria, KB Perusahaan, Keluarga Harmonis, Kelompok BKB, UPPKS, karya tulis tentang KB	-

Sumber : Hasil Pengolahan Data, 2010

Pada tingkat Kantor KB, masih sedikit sekali kegiatan KB yang dilaksanakan. Hal ini antara lain terlihat dari minimnya koordinasi yang dilakukan dengan instansi lainnya, seperti dengan BKKBN provinsi, BPS, dinas kesehatan, dinas sosial, dokter, bidan dan lainnya. Kegiatan yang telah dilakukan di Kantor KB Kota Yogya antara lain adalah koordinasi dengan petugas lini lapangan dalam bentuk Binkap, Rakor, dan apel pagi; dengan puskesmas dalam bentuk kegiatan tri komponen. Terbatasnya kegiatan KB serta kelembagaan SKPD KB di Kota Yogya menunjukkan masih rendahnya komitmen pelda terhadap program KB.

4.5.12. Pengembangan Sumber Daya Manusia

Berbagai pelatihan telah dilaksanakan oleh BKKBN Provinsi DIY dalam rangka meningkatkan pelayanan KB dengan peserta dari kabupaten dan Kota Yogyakarta. Pelatihan yang dilaksanakan oleh BKKBN Provinsi DIY tersebut dilaksanakan rata-rata sebanyak 2 kali dalam setahun, mencakup sebagai pelatihan sebagai berikut.

- 1) Pelatihan untuk petugas lini lapangan
 - Latihan dasar umum PKB.
 - *Refreshing* bagi PKB, dilaksanakan 6 kali sejak tahun 2007.
 - Motivator KB Pria, dilaksanakan 2 kali sejak tahun 2008.
 - Advokasi KIE bagi Toga. Toma, dilaksanakan 2 kali sejak tahun 2008.
- 2) Pelatihan untuk bidang/ tenaga medis
 - Konseling Intensif Personal/ KIP Konseling, dilaksanakan 2 kali sejak tahun 2008.
 - Alat Bantu Peraga Kesehatan/ABPK, dilaksanakan sebanyak 2 kali sejak tahun 2009.
- 3) Pelatihan operator Muyan dan Mupen
 - Operator Mupen, dilaksanakan 1 kali di tahun 2008 dengan peserta dari BKKBN Provinsi DIY serta dari SKPD KB Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Bantul dan dilaksanakan oleh BKKBN Provinsi Jawa Tengah.
 - Operator Muyan, dilaksanakan 1 kali di tahun 2009 dengan peserta dari BKKBN Provinsi DIY dan sebagai penyelenggara adalah BKKBN pusat.
- 4) Pelatihan teknologi informasi
 - Orientasi teknis pendataan, telah dilaksanakan sebanyak 5 kali di tahun 2009, dengan peserta dari BKKBN provinsi dan SKPD KB kab/kota.
- 5) Pelatihan lainnya
 - KIE bagi camat
 - KIE bagi lurah
 - Orientasi Persami TMKK–Tim Manunggal KB Kesehatan

Di samping itu, dinas kesehatan juga telah menyelenggarakan pelatihan untuk bidan puskesmas yang bertujuan menunjang pelayanan KB. Pelatihan tersebut antara lain yaitu (1) pelatihan ABPK; (2) pelatihan CPU; (3) penyeliaan fasilitatif; (4) pertemuan Audit Medik KB; dan (4) pelatihan administrasi KB. Berbagai macam pelatihan tersebut di atas diharapkan dapat membantu secara signifikan upaya meningkatkan pelayanan KB, khususnya bagi masyarakat miskin.

Selain pengembangan kualitas, pengembangan kuantitas yang memadai juga perlu mendapat perhatian, khususnya terkait dengan jumlah tenaga lini lapangan KB. Provinsi DIY memiliki 4 kabupaten dan 1 kota, yaitu Kabupaten Gunung Kidul (berbukit),

Kabupaten Sleman (datar), Kabupaten Bantul (datar) dan Kabupaten Kulon Progo (berbukit dan datar), serta Kota Yogyakarta (datar). Adapun jumlah PLKB per Agustus 2010 serta kebutuhannya per kabupaten/ kota adalah sebagaimana tercantum pada Tabel 31. Data tersebut mengindikasikan bahwa sebagai kabupaten yang paling miskin, yaitu Kabupaten Gunung Kidul ternyata membutuhkan tenaga lini lapangan yang paling banyak dibandingkan dengan daerah lainnya. Hal ini tentunya perlu mendapat perhatian dari pemda.

Tabel 31. Persandingan Jumlah PLKB dan Kebutuhannya

No.	Kabupaten/ Kota	Jumlah PLKB per Agustus 2010	Jumlah ideal PLKB yang diinginkan	Jumlah kekurangan PLKB
1	Kab Gunung Kidul	73	144	71
2	Kab Kulonprogo	51	88	37
3	Kab Sleman	62	86	24
4	Kab Bantul	63	75	12
5	Kota Yogyakarta	36	45	9
	Jumlah	285	438	153

4.5.13. Sarana dan Prasarana Pelayanan KB

Data dari BKKBN Provinsi terkait sarana dan prasarana guna menunjang pelayanan KB Keliling yang tersedia per akhir tahun 2009 antara lain adalah *implant kit* (1 set), IUD kit (1 set), *obgyn bed* (2 set), BKB Kit (186), KIE Kit (142), Mupan (1 Provinsi, 2 kabupaten), Mupen (1 provinsi, 3 kab/kota). Untuk meningkatkan pelayanan KB, maka masih diperlukan tambahan sarana khususnya yaitu Mupan dan Mupan.

Sarana dan prasarana pelayanan KB di kantor KB Kota Yogyakarta masih minim sekali untuk mampu mendukung kinerja kantor. Pada akhir tahun 2009, Kantor KB Kota Yogyakarta hanya memiliki *implant kit*, IUD Kit, KIE Kit, dan Mupen. Sementara itu, sarana yang sangat dibutuhkan antara lain meliputi alat peraga penyuluhan, BKB Kit, *obgyn bed*, Mupen, dan kendaraan operasional. Di samping itu, sarana dan prasarana puskesmas di Kota Yogya juga masih terbatas. Sarana yang perlu ditambah adalah *implant kit* yang terbatas jumlahnya, dan *obgyn bed* yang sudah rusak. Sedangkan yang belum dimiliki adalah alat peraga penyuluhan dan BKB Kit.

4.5.14. Pelaksanaan Evaluasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin

Evaluasi untuk perencanaan, pendistribusian dan penggunaan alokon, dapat dilakukan dengan cara mengukur kemampuan penyediaan masing-masing alokon (*sisi supply*) yang dibandingkan dengan permintaan akseptor/calon akseptor (*sisi demand*) dari masing-masing alokon. Namun demikian, sejauh ini belum ada panduan terkait perencanaan dan evaluasi *supply* dan *demand* alokon gratis bagi masyarakat miskin.

Sedangkan untuk mengukur keberhasilan pelayanan KB maka dapat digunakan kriteria : 1) pencapaian PPM, 2) kualitas pelayanan yang dilihat dari jumlah komplikasi berat, kegagalan dan penggunaan *informed consent*, dan 3) penurunan jumlah keluarga PKS dan KS-I. Namun demikian, pada pelaksanaan evaluasi tersebut belum secara khusus dibentuk tim yang melibatkan instansi lain. Apabila kriteria ukuran keberhasilan akan disempurnakan, berikut pandangan BKKBN Provinsi DIY terhadap kriteria ukuran keberhasilan pelayanan KB bagi masyarakat miskin.

Tabel 32. Ukuran keberhasilan Pelayanan KB Bagi Masyarakat Miskin

No.	Ukuran keberhasilan pelayanan KB bagi masyarakat miskin	Urutan prioritas kriteria	Keterangan
1	Kinerja SKPD KB kab/kota	1	
2	Sistem data		
3	Ketersediaan pedoman/ juknis		
4	Capaian PPM PA	2	
5	Capaian PPM PB	3	
6	Rendahnya <i>unmet need</i>	4	
7	Kualitas penyuluhan	5	Pelatihan KIE
8	Kuantitas dan kualitas PLKB/Kader		
9	Kemudahan akses dan kualitas konseling	6	Diperlukan pelatihan
10	Tinggi rendahnya ganti cara		
11	Kegagalan penggunaan alat/cara kontrasepsi	7	
12	Keluhan efek samping		
13	Kualitas pelayanan KB		
14	Kemudahan administrasi	8	Kejelasan prosedur
15	Biaya pelayanan KB		Dukungan dari pemda prov/kab/kota
16	Sistem pendukung terkait (Jamkesmas, Jamkesda)		Kuota sesuai dengan jumlah PUS PKS dan KS-I
17	Kualitas pemetaan <i>demand</i> alokon per kab/ kota	9	
18	Kemampuan men <i>supply</i> alokon sesuai <i>demand</i>		

4.5.15. Saran untuk Meningkatkan Minat Masyarakat dalam Ber – KB, Khususnya Bagi KPS dan KS-I

Untuk meningkatkan minat masyarakat miskin dalam ber-KB, beberapa saran dan masukan yang disampaikan oleh responden meliputi hal-hal sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan dukungan pemerintah pusat bahwa pelayanan KB sepenuhnya diberikan secara gratis kepada keluarga miskin;
- 2) Meningkatkan komitmen pemda;
- 3) Meningkatkan koordinasi antarinstansi pemerintah dan swasta;
- 4) Menyempurnakan metode konseling, khususnya untuk penjelasan alat kontrasepsi
- 5) Menyempurnakan metode promosi dan sosialisasi agar lebih mengena dan disesuaikan dengan kondisi/karakteristik/sosial budaya daerah dan kelompok peserta KB;
- 6) Penyediaan alokasi dan sarana pelayanan KB di semua tempat pelayanan KB;
- 7) Meningkatkan akses pelayanan KB di KKB pemerintah maupun swasta;
- 8) Meningkatkan cakupan dan frekuensi pelayanan KB melalui bhakti sosial (bhaksos); dan
- 9) Penggunaan metode *Felipe Ring* untuk peserta MOW yang berbadan gemuk.

Secara ringkas gambaran pelaksanaan pelayanan KB bagi masyarakat miskin di Provinsi DIY adalah sebagai berikut :

- 1) Kelembagaan yang menangani KB di kabupaten/kota masih bervariasi dan belum fokus menangani KB;
- 2) Hal yang sering terlupakan dalam pengembangan program KB adalah penguatan kelembagaan KB, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, yang pada umumnya masih sederhana struktur organisasi dan topuksinya. Sebagai contoh baik di BPMPKB serta Kantor KB tersebut tidak memprioritaskan penguatan kelembagaan, padahal isu ini prioritas di era otonomi daerah;
- 3) Pemda telah menganggarkan APBD untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin termasuk didalamnya pelayanan KB melalui Jamkesmas dan Jamkesda. Namun dukungan Pemda tersebut dirasakan belum cukup mengingat dukungan lebih banyak untuk pelayanan kesehatan pada umumnya daripada untuk pelayanan KB;
- 4) Telah diterbitkan Juknis Pelayanan KB Melalui Askeskin di Provinsi DIY tahun 2006 tersebut di atas sebagai kerja sama antara instansi BKKBN, dinas kesehatan, dan PT

Askes, dan juga berbagai pedoman lainnya namun pedoman tersebut belum efektif menyelesaikan masalah pemberian pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin dan juga pelaksanaan teknis di lapangan bagi penanggung jawab pelaksana program KB;

- 5) Kinerja pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin tergantung pada 2 hal, yaitu penyediaan alokon oleh BKKBN serta penyediaan pelayanan KB oleh Kementerian Kesehatan melalui puskesmas dan klinik KB. Untuk itu, hal yang sangat strategis bagi BKKBN adalah meningkatkan metodologi pemetaan *demand* dan *supply* alokon yang meliputi:
 - a. mendukung MKJP; permintaan akseptor didominasi oleh suntik dan pil meskipun jumlah anak sudah 2 orang dan hal ini tentunya perlu diarahkan. Dengan kata lain, pengertian sesuai dengan permintaan akseptor adalah tidak selalu harus memenuhi permintaan pil atau suntik;
 - b. kualitas bagus dengan efek samping yang paling rendah;
 - c. jaminan ketersediaan yang dapat diandalkan, baik di daerah yang mudah dijangkau maupun untuk daerah yang sulit dijangkau pelayanan KB, serta menyediakan *history* pemakaian kontrasepsi dan kesehatan per individu peserta KB guna menunjang pemakaian kontrasepsi yang sehat dan efektif;
 - d. Pelayanan KB gratis untuk keluarga miskin dapat dikatakan belum efektif karena dilapangan masih banyak ditemui peserta KB dari keluarga miskin yang harus membayar atas pelayanan ber-KB; dan
 - e. Minimnya analisis kualitatif dari data yang ada. Data terkait KPS dan KS-I masih terbatas sehingga belum dapat digunakan untuk analisis keberhasilan pelayanan KB secara lebih detail. Untuk itu, perlu dikembangkan pendataannya serta dilengkapi dengan keterangan atau penjelasan tentang arti data tersebut didukung oleh analisis sebab dan akibat di balik angka tersebut.

Merujuk pada kerangka pikir kajian di atas dapat dikatakan bahwa untuk meningkatkan pelayanan KB bagi masyarakat miskin, maka hal yang menjadi prioritas untuk diperhatikan adalah sebagai berikut :

1. dari sisi kebijakan yaitu bahwa a) tanpa pengalokasian anggaran yang signifikan, maka penetapan revitalisasi program KB sebagai prioritas nasional akan menjadi kurang bermakna dan b) upaya untuk mensinergikan kriteria kemiskinan antara BPS dan BKKBN sudah mendesak untuk diselesaikan,

2. dari sisi input yaitu terfokus pada komitmen penyediaan sumber daya (dana, SDM dan sarana prasarana) serta penyediaan juknis implementasi kebijakan yang sederhana dan mudah dipahami oleh pelaksana lapangan kegiatan pelayanan KB,
3. dari sisi proses yaitu fokus pada: a) penajaman identifikasi dan analisis kebutuhan alokon untuk menyusun kesesuaian *supply* dan *demand*-nya dan sekaligus mengoperasionalkan kebijakan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang; b) keluhan peserta KB terhadap pengenaan biaya pelayanan KB gratis bagi keluarga miskin; dan c) pembaharuan metode/cara pelaksanaan KIE dan konseling kepada akseptor/calon akseptor KB termasuk pelayanan KB.
4. dari sisi *output*, pengukuran kualitas pelayanan KB bagi KPS dan KS-I masih terbatas hanya pada pencapaian peserta KB baru dan peserta KB aktif dari KPS dan KS-I. Pengukuran keberhasilan pelayanan KB bagi KPS dan KS akan lebih bermakna apabila dilengkapi dengan analisis kualitatif tentang kegagalan pemakaian kontrasepsi dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi pada KPs dan KS-I. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan data dan pendayagunaannya.

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1. Kesimpulan

1. Kebijakan, program, dan kegiatan yang terkait pemberian pelayanan KB bagi masyarakat miskin (KPS dan KS-I) telah dikembangkan dan terintegrasi di dalam dokumen perencanaan di daerah untuk mendukung kebijakan revitalisasi program KB yang merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional.
2. Kegiatan pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin pada intinya mencakup pemberian gratis alat dan obat kontrasepsi bagi peserta KB dari KPS dan KS-I serta jasa pelayanan KB gratis di puskesmas atau klinik statis dan KB keliling. Instansi yang terlibat dalam pelayanan KB bagi masyarakat miskin adalah BKKBN pusat dan provinsi, Kementerian Kesehatan serta dinas kesehatan, SKPD KB dan pemda. BKKBN berperan dalam pemberian alokon, KIE serta penyediaan sarana dan prasarana, Kementerian Kesehatan berperan dalam pemberian Jamkesmas, SKPD KB dalam KIE dan pelaksanaan program KB lainnya, dinas kesehatan dan puskesmas dalam pemberian pelayanan KB, serta pemda dalam penyediaan Jamkesda dan SKTM;
3. Komitmen dan dukungan pemda terhadap program KB masih belum signifikan mengingat KB belum menjadi prioritas bagi daerah, tercermin dari rendahnya alokasi dana APBD untuk mendukung program KB, antara lain untuk Jamkesda, sarana dan prasarana SKPD KB dan puskesmas serta penyediaan tenaga lini lapangan KB;
4. Kebijakan program Jamkesmas belum sepenuhnya bersinergi dengan program KB, peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB/kespro dan penyediaan alokon gratis bagi KPS dan KS-I. Hal ini khususnya disebabkan karena Jamkesmas atau Jamkesda menetapkan target masyarakat miskin dengan menggunakan kriteria miskin dari BPS. Sedangkan BKKBN menetapkan target masyarakat miskin berdasarkan pendekatan keluarga sejahtera yang dibangun oleh BKKBN sendiri. BPS menggunakan 16 indikator untuk menilai tingkat kemiskinan dalam rumah tangga, sementara BKKBN menggunakan 21 indikator penentu tahapan keluarga sejahtera.

Masing-masing pendekatan kriteria tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangan;

5. Pelayanan KB gratis di lapangan menemui kendala yang disebabkan adanya perbedaan kriteria miskin tersebut serta keterbatasan dana (kuota) Jamkesmas dan Jamkesda. Target masyarakat miskin menurut Jamkesmas dan Jamkesda (kriteria BPS) lebih kecil dibandingkan dengan cakupan KB gratis bagi KPS dan KS-I (kriteria keluarga sejahtera BKKBN), sehingga menyebabkan sebagian KPS dan KS-I tidak mendapat pelayanan KB gratis di puskesmas/klinik/RS. Kebijakan yang ditempuh adalah memberikan surat keterangan miskin bagi peserta KB sebagai pengantar untuk mendapat pelayanan KB di klinik statis. Pelayanan KB lainnya adalah melalui Tim KB Keliling yang dilaksanakan oleh SKPD KB atau BKKBN, yang dapat menampung KPS dan KS-I yang tidak tercakup dalam Jamkesmas atau Jamkesda dan khususnya ditujukan bagi peserta KB yang jauh dari puskesmas/klinik;
6. Berbagai upaya koordinasi untuk menyelaraskan perbedaan kriteria tersebut telah dilakukan, misal kerjasama penyusunan pedoman pelayanan KB antara BKKBN dan Kementerian Kesehatan, namun hal tersebut belum dapat menyelesaikan permasalahan. Sebagai contoh masih ditemui pemungutan biaya pelayanan dan juga belum sepenuhnya transparan informasi peruntukan biaya tersebut;
7. Pedoman pelayanan KB dalam Jamkesmas telah tersedia, namun belum dilengkapi dengan petunjuk teknis operasionalisasi pelayanan KB bagi masyarakat miskin secara baku dan terkoordinir dengan pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan pelayanan KB;
8. Implementasi kebijakan peningkatan pemakaian kontrasepsi MKJP dirasa belum efektif. Arah penggunaan kontrasepsi tetap didominasi metode kontrasepsi jangka pendek dan kerap kali ditemukan keluhan keterbatasan alokasi MKJP. Pemetaan data usia PUS dengan metode kontrasepsi yang digunakan, serta jumlah anak yang dimiliki telah dilakukan namun belum optimal dimanfaatkan untuk mengarahkan pemakaian kontrasepsi ke MKJP. Pemetaan lokasi *unmet need* PUS KPS dan KS-I secara kongkrit belum dilakukan untuk diarahkan ke penggunaan MKJP;
9. Kesadaran masyarakat miskin untuk ber-KB sudah tinggi tercermin dari tingginya kebutuhan akseptor/calon akseptor akan layanan KB serta keingintahuan terhadap alokasi dan efek sampingnya. Tetapi pemahaman peserta KB terhadap hal tersebut

relatif masih rendah meskipun KIE dan konseling telah dilakukan secara berkesinambungan. Kondisi ini berpotensi menjadi kendala peningkatan kesertaan ber-KB;

10. Efektifitas penggunaan alokon bagi KPS dan KS-I yang didistribusikan oleh BKKBN sangat tergantung pada kinerja Kementerian Kesehatan dan dinas kesehatan. Pelayanan KB yang diberikan bagi KPS dan KS-I didominasi oleh pelayanan KB statis, sementara BKKBN provinsi dan SKPD KB kab/kota melayani KPS dan KS-I yang tidak mendapat jaminan kesehatan gratis melalui pelayanan mobil dengan melibatkan tenaga medis terlatih. Dengan kata lain koordinasi yang intensif untuk perencanaan dan pelaksanaan *supply* dan *demand* alokon serta pengembangan tenaga medis dan tenaga lini lapangan KB sangat diperlukan;
11. Kebijakan memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB terutama bagi keluarga miskin dengan melaksanakan kegiatan penyediaan alokon gratis dan peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB bagi KPS dan KS-I dirasakan masih belum efektif. Penyediaan alokon oleh BKKBN pusat belum sepenuhnya selaras dengan permintaan masyarakat, ketersediaan alokon pada berbagai bentuk pelayanan belum sepenuhnya terjamin baik jenis maupun jumlahnya serta masih rendahnya kualitas alokon. Pelayanan KB bagi KPS dan KS-I dijumpai tidak sepenuhnya gratis baik pada pelayanan statis maupun mobil, masih kurangnya tenaga medis yang terlatih, terbatasnya jumlah tenaga lini lapangan KB, serta rendahnya biaya operasional pelayanan mobil dan biaya operasional kegiatan KB;
12. Pedoman evaluasi pelayanan KB khususnya bagi KPS dan KS-I belum tersedia. Sejauh ini pendataan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I masih minim dan belum dikembangkan. Demikian juga pendayagunaan hasil pendataan keluarga masih belum optimal untuk dapat digunakan sebagai data dasar yang akurat dan *reliable* dalam perencanaan dan analisis hasilnya;
13. Dukungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan KB di daerah masih rendah dan menjadi kendala dalam meningkatkan angka kesertaan ber-KB di daerah.
14. BKKBN memiliki peran strategis dalam upaya pengembangan SDM KB di daerah dengan melaksanakan berbagai pelatihan baik tenaga medis maupun tenaga lapangan KB untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB, namun jumlah dan kuotanya masih terbatas.

15. Berbagai koordinasi kerja lintas-sektor untuk meningkatkan pelayanan KB bagi KPS dan KS-I telah dilaksanakan, namun kurang menyentuh hal-hal strategis meliputi harmonisasi kebijakan sasaran pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin, pedoman teknis pelayanan KB bagi masyarakat miskin, pelaksanaan evaluasi terpadu terhadap pelayanan KB, serta peningkatan anggaran program KB.
16. Terlepas dari kendala teknis operasional di atas, data di tingkat nasional menunjukkan bahwa pencapaian peserta KB baru dari keluarga miskin pada periode RPJMN 2004-2009 cukup berhasil, yang tercermin dari tercapainya sasaran jumlah peserta KB baru dan aktif yang miskin di dalam RKP 2005-2009. Pencapaian peserta KB baru (PB) dari keluarga miskin tersebut telah memberikan kontribusi terhadap peningkatan jumlah peserta KB aktif (PA) yang miskin pada periode yang sama. Namun karena keterbatasan data maka belum dapat dihitung besar kontribusi KPS dan KS-I dalam pencapaian PA dan PB tersebut. Sebagai contoh jumlah peserta KB aktif dari KPS dan KS-I yang *drop-out* setiap tahunnya belum dapat diketahui dan diduga tingkat putus pakai alokon pada KPS dan KS-I tersebut tinggi.

5.2. Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka dapat dirumuskan beberapa rekomendasi dan saran perbaikan dalam rangka meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KB bagi masyarakat miskin.

1. Bappenas menginisiasi koordinasi strategis antara BPS, BKKBN, dan Kemenkes untuk mensinergikan definisi dan konsep kemiskinan dalam rangka mewujudkan *unified database* dan mencari alternatif sementara untuk mengatasi perbedaan cakupan masyarakat miskin. Diperlukan review dan kajian ulang terhadap beberapa indikator tahapan keluarga sejahtera BKKBN yang dirasakan bersifat relatif, kurang dapat diukur, dan kurang relevan di era teknologi informasi saat ini.
2. Fungsi Bappenas sebagai *think tank* perencanaan pembangunan dikokohkan dengan membangun dan memperkuat *database* yang mutakhir khususnya yang terkait dengan program KB.

3. Dukungan anggaran mutlak diberikan oleh pemerintah pusat dan daerah dalam rangka operasionalisasi revitalisasi program KB yang diperkuat oleh data-data yang akurat, valid, dan mutakhir disertai perencanaan yang baik.
4. Ketersediaan data yang baik merupakan syarat mutlak dalam menyusun perencanaan pembangunan, oleh karena itu diperlukan upaya dan komitmen untuk membangun *database* yang terintegrasi dari tingkat daerah sampai ke pusat. Data-data tersebut berguna untuk memotret fakta dan kebutuhan KB di lapangan sehingga perencanaan dan penganggaran menjadi efektif dan efisien.
5. Mempertajam analisis kualitatif tentang efek samping dan dampak jangka panjang pemakaian kontrasepsi cara modern terhadap kesehatan akseptor, terutama akseptor KPS dan KS-I dengan cara mengoptimalkan pemanfaatan data-data pelayanan KB bagi KPS dan KS-I. Data yang baik disertai analisis yang kuat tersebut menjadi pintu masuk perumusan jaminan ketersediaan kontrasepsi (JKK) yang tepat dan bersinergi antara *supply* dan *demand*-nya.
6. Mempertajam dan merumuskan operasionalisasi kebijakan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang, yaitu dengan terlebih dahulu mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi, seperti jumlah anak, usia ibu, tingkat pendidikan, pengetahuan, kondisi ekonomi, dan letak/kondisi geografis PUS.
7. Melakukan koordinasi kerja strategis lintas-sektor di daerah untuk meningkatkan keterpaduan program KB dan kespro yang melibatkan Bappeda, BKKBN, dinas kesehatan, dinas sosial, dan organisasi perangkat daerah (OPD) yang terkait lainnya, yaitu dengan (1) mensinergikan data masyarakat miskin yang belum atau sudah mendapat jaminan pelayanan kesehatan gratis, (2) menyusun konsep data dan pendayagunaannya, (3) mengembangkan konsep pelaksanaan evaluasi terpadu terhadap pelayanan KB, serta peningkatan anggaran program KB.
8. Memperkuat peran strategis BKKBN dalam pengembangan SDM KB di daerah, baik tenaga medis, SKPD KB, maupun tenaga lini lapangan KB dengan memperbesar kuota yang diberikan dan merata di seluruh daerah sesuai kebutuhannya dengan memperhatikan kualitas SDM yang sudah terlatih.
 - a. Untuk SKPD KB diusulkan pelatihan yang berkaitan dengan proses perencanaan dan penganggaran serta melaksanakan program KB, hal ini

diperlukan untuk membangun kemandirian institusi KB di daerah dalam rangka otonomi daerah;

- b. Untuk tenaga medis, pelatihan terkait pelayanan KB dapat dikoordinasikan dengan BKKBN provinsi dan Kemenkes, sehingga diharapkan tenaga medis pemberi layanan KB sepenuhnya terlatih;
 - c. Untuk tenaga lini lapangan diperlukan *refreshing* berkala, pelatihan pendataan (pencataan dan pelaporan) termasuk operasionalisasi komputer/notebook; dan
 - d. Untuk tenaga pendukung lainnya diperlukan pelatihan untuk operasionalisasi peralatan, sarana dan prasarana program KB.
9. Diperlukan pembaharuan metode promosi dan KIE yang lebih inovatif dalam rangka meningkatkan pemahaman akseptor terhadap KB, alokon, efek samping, dan cara mengatasi efek samping yang ditimbulkan untuk meningkatkan angka kesertaan ber-KB dan menurunkan tingkat putus pakai alokon pada KPS dan KS-I.
10. Perlu disusun beberapa pedoman baku untuk meningkatkan efektifitas pelayanan KB bagi masyarakat miskin, yaitu (1) pedoman kerja bagi SKPD KB kabupaten/kota dalam mendistribusikan alokon sampai ke klinik/puskesmas serta ketersediaan biaya operasional pendukungnya, (2) pedoman baku pelayanan KB bagi KPS dan KS-I di pelayanan statis maupun mobil, serta (3) pedoman baku pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan KB bagi KPS dan KS-I.

DAFTAR PUSTAKA

- ASKES, PT., Dinas Kesehatan Provinsi Jogjakarta. 2006. *Petunjuk Tehnis Pelayanan Keluarga Berencana (KB) Melalui Askeskin Propinsi D.I. Jogjakarta*. D.I. Jogjakarta.
- BPS. 2008. *Analisis dan Penghitungan Tingkat Kemiskinan Tahun 2008*. Jakarta: BPS.
- BPS, UNFPA, Bappenas. 2008. *Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2025*. Jakarta: BPS.
- _____. 2008. *Proyeksi Penduduk Menurut Umur Tunggal dan Umur Tertentu 2005-2015*. Jakarta: BPS.
- BPS, USAID, BKKBN, Departemen Kesehatan. 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*. Jakarta: BPS.
- _____. 2008. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: BPS.
- _____. 2008. *Pendataan Program Perlindungan Sosial 2008*. Jakarta: BPS.
- BKKBN, Departemen Kesehatan. 2009. *Pedoman Pelayanan KB dalam Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: BKKBN.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, BKKBN. 2010. *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit*. Jakarta: BKKBN.
- Direktorat Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak. 2009. *Laporan Akhir Pengembangan Database Bidang Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak*. Jakarta: Bappenas.
- Hartanto, Wendy&Hull H. Terence. September 2009. *Provincial Fertility Adjusted for Under-recording of Women in The SDKI 2002-03 and 2007*. BPS and the Australian National University. Jakarta: BPS.
- http://data.worldbank.org/indonesian?cid=GPDId_WDI.
- BKKBN. 2000. *Petunjuk Teknis Penerimaan, Penyimpanan, dan Penyaluran Kontrasepsi Program KB Nasional di Kabupaten/Kota*. Jakarta: BKKBN
- _____. 2005. *Pelaksanaan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Bagi Penduduk Miskin*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2010. *Petunjuk Pelaksanaan Jaminan dan Pelayanan Keluarga Berencana Provinsi, Kabupaten, dan Kota (Sebagai Penjabaran Lebih Lanjut dari NSPK Peraturan Kepala Nomor 143/HK-010/B5/2009 Tentang Pedoman Jaminan dan Pelayanan Keluarga Berencana)*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2005. *Profil Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2004*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2007. *Profil Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2006*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2008. *Profil Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2007*. Jakarta: BKKBN.

- _____. 2008. *Penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Keluarga Berencana Tahun Anggaran 2009*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2008. *Petunjuk Pelaksanaan Perencanaan Kebutuhan Alat/Obat Kontrasepsi Program KB Nasional*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2008. *Analisis dan Penilaian Multi Indikator Program KB Nasional: Semester II Tahun 2007*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2009. *Profil Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2008*. Jakarta: BKKBN.
- _____. 2010. *Profil Hasil Pendataan Keluarga Tahun 2009*. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. nd. Data BKKBN, (on line), (<http://www.bkkbn.go.id/Webs/Data.php>).
- BPS. nd. Statistik indonesia, (on line), (<http://www.datastatistik-indonesia.com>).
- Kusumaningrum, Radita. 2009. *Laporan Akhir Penelitian Karya Tulis Ilmiah: Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis kontrasepsi yang Digunakan Pada Pasangan Usia Subur*. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2005 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2004-2009. Jakarta: Bappenas.
- Peraturan Presiden Tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2005. Jakarta: Bappenas.
- Peraturan Presiden Nomor 39 Tahun 2005 Tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2006. Jakarta: Bappenas.
- Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2006 Tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2007. Jakarta: Bappenas.
- Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2007 Tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2008. Jakarta: Bappenas.
- Peraturan Presiden Nomor 38 Tahun 2008 Tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2009. Jakarta: Bappenas.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014. Jakarta: Bappenas.
- Republik Indonesia. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Undang-Undang Dasar 1945.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

